FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR LE DOCTEUR

LUIGI ROMOLO SANGUINETI

de la Faculté de Médecine de Sienne (Italie)
Ex-Interne de l'Asile d'Aliénés et de l'Institut de Pathologie Générale
Membre de la « R. Accademia dei Fisiocritici »

Les Allures cliniques de la Syphilis et les formes de paralysie générale consécutive

Président : M. CHARLES RICHET, *professeur*

PARIS
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, VIe

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SACRÆ MEMORIÆ PATRIS
ET
MEIS
D.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES RICHET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

A SON EXCELLENCE LE MINISTRE

ON. LEONARDO BIANCHI

Professeur de Psychiâtrie et Neuropathologie
à la Faculté de Médecine
Directeur du « Manicomio » de Naples

AVANT-PROPOS

C'est nous acquitter d'un devoir de reconnaissance et d'affection que de témoigner ici notre souvenir à tous nos chers Maîtres des Facultés de Médecine de Sienne, de Gênes et de Florence, et surtout à MM. les professeurs E. Morselli, L. Bianchi, E. Tanzi, qui ont fait notre éducation psychiâtrique ; à MM. les professeurs V. Patella E. Centanni, B. Bocci, Novaro, E. Maragliano, A. d'Ormea, D. Mirto, L. M. Bossi, P. Lachi, G. G. Perrando, O. Rossi, Sicuriani, et nos amis les agrégés Moriani, Sebastiani, Brunacci, ainsi qu'à la mémoire chèrement gardée de MM. les professeurs C. Bernabei, D. Biondi, Grocco. Ils nous ont témoigné toujours une très grande bienveillance.

Mais, au seuil de ce travail, nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance aux Maîtres illustres que nous avons eu l'honneur de connaître durant notre séjour en France dans les années 1913-1916, et qui nous ont offert une si large hospitalité dans leurs cliniques.

Nos remerciements les plus vifs, vont à M. le professeur

Charles Richet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous nous rappellerons certainement toujours les marques de bienveillance et d'affection que ce grand savant nous a témoignées personnellement, avec la simplicité et la sincérité qui sont le cachet des grands esprits.

A la mémoire de notre regretté maître le professeur Gilbert Ballet, psychiâtre aussi affable qu'érudit, nous adressons un souvenir ému. Il nous avait sympathiquement reçu dans sa clinique de l'Asile Sainte-Anne, en 1913 et 1914 ; et nous avons retiré de son enseignement limpide un grand profit. C'est dans son service que nous avons continué nos recherches cliniques et anatomo-pathologiques du présent travail. Nous garderons de ce maître un souvenir impérissable.

Un particulier devoir de gratitude nous incombe envers M. le professeur Dupré qui a bien voulu, après la mort de M. Gilbert Ballet, nous continuer une précieuse hospitalité dans sa clinique de Sainte-Anne, dont le présent travail a profité jusqu'à la fin. Nous tenons aussi à dire les ressources puisées dans ses consultations externes des lundis pour notre documentation psychiâtrique.

Nous adressons à M. le professeur Pierre Marie, dont nous avons suivi en 1914 les conférences de neurologie si riches d'érudition, et en 1916 le service pour blessés de guerre à la Salpêtrière, nos meilleurs remerciements.

A M. le professeur Déjerine, dont nous avons en 1914

entendu les leçons avec un bénéfice très grand ; ainsi qu'à M. le professeur Babinski, dont nous avons suivi les conférences cliniques, nous envoyons l'expression de notre reconnaissance.

A l'illustre doyen de la Faculté de Médecine de Paris, M. le professeur Landouzy, et à M. le professeur Gilbert, dont nous avons fréquenté les cliniques à l'Hôpital Laënnec et à l'Hôtel-Dieu, ainsi qu'à M. le professeur Chauffard, nous adressons nos remerciements pour le bienveillant accueil reçu dans leurs services. Nous voulons citer aussi la bienveillance de M. Delbet, professeur de Chirurgie, et de M. le Dr Arrou.

Nous ne pouvons non plus oublier l'extrême obligeance de M. le professeur *Teissier ;* et nous tenons à lui dire nos remerciements.

A M. le professeur Laignel-Lavastine, qui nous a si cordialement accueilli dans son important service des psychonévroses de guerre à Maison-Blanche, et à M. Vigouroux, qui si aimablement nous a offert toutes facilités de travail à Vaucluse, nous voulons aussi dire un remerciement tout particulier.

Enfin nous avons trouvé un intérêt très grand pour nos études sur l'enfance anormale, dans les consultations de M. le Dr André Collin au Patronage de l'Enfance, rue de Vaugirard, véritables leçons de neurologie enfantine. Dans ce champ d'observations que son intelligence fine et investigatrice sait rendre si riche en aperçus originaux,

nous avons puisé une moisson d'idées nouvelles. Nous voulons noter ici sa bienveillante influence, et lui en témoigner notre profonde gratitude.

Sur le point de quitter un pays frère du nôtre, qui nous a donné de si douces satisfactions d'Art et de Science à la fois, cette très noble France maintenant tout auréolée de la beauté suprême de sa *geste* héroïque, nous voulons, d'un cœur ému, lui adresser un salut plein d'amour et d'espérance latine.

Paris, décembre 1916.

INTRODUCTION

La paralysie générale progressive, qui est parmi les psycho-névroses une des plus nettement délimitées, grâce à la connaissance de sa pathogénie et aux nombreux travaux d'histo-pathologie et de psycho-pathologie accomplis sur elle, présente toutefois, par les différences des symptômes qui accompagnent son début et son évolution, bien des côtés demeurés inexpliqués.

Ainsi peut-on se demander pourquoi les différences de ces symptômes s'accompagnent de différences curieuses dans l'état de santé ou de maladie du conjoint du paralytique général et de sa descendance ; ou encore, pourquoi certains cas peuvent bénéficier, quoique très relativement, d'un traitement antisyphilitique, alors que pour la majorité, la loi habituelle est qu'il n'y a aucun profit à ce traitement.

La difficulté de dire pourquoi chez un de ces malades on a tel syndrome et chez un autre de ces mêmes malades tel autre, demeure telle que M^me^ Thuillier-Landry, dans sa

thèse récente et fort appréciée, a souligné cette difficulte à propos des délires, quand elle remarque qu'il est impossible à l'heure actuelle « de relier les symptômes psychiques aux lésions anatomatiques, même quand ces lésions sont connues ». Et pour prendre l'exemple où les lésions anatomiques sont les mieux délimitées, cet auteur cite la paralysie générale, en disant : « Nous ne saurions démêler pourquoi telle paralysie générale débute par une période d'expansion avec idées mégalomaniaques extravagantes, telle autre par un état de dépression sans idées délirantes (1). »

Tant de points d'interrogation dans une maladie aussi importante que la paralysie générale, avaient sollicité depuis longtemps notre curiosité scientifique, et ils nous ont fait entreprendre pour y répondre les recherches cliniques et anatomo-pathologiques que nous présentons ici.

Il faut ajouter que l'expression *Formes de paralysie* que nous employons dans notre titre ne se rapporte pas directement aux *syndromes* de la paralysie générale sur lesquels sont basées les classifications habituelles des formes cliniques de la maladie de Bayle. Augmenter ou diminuer ces classifications en surajoutant un symptôme nouveau ou en englobant un autre dans ceux que l'on connaît déjà, ne servirait guère à l'intelligence plus essentielle de la paralysie générale.

1. Dr L. Thuillier-Landry, *Étude sur les délires à évolution démentielle précoce*, p. 12. Thèse de Paris, 212 p. Jouve et Cie, 1916.

Nous voulons parler des *formes* qui *dépendent* directement et uniquement de la *qualité* et de *l'allure* de la syphilis qui ont donné naissance à la paralysie même ; formes, pourrait-on dire, fondamentales, desquelles les autres formes symptomatologiques et même anatomopathologiques découlent.

Nous croyons que ces formes fondamentales peuvent faire comprendre mieux les variétés de la paralysie générale.

Nous croyons, par là, pouvoir apporter à l'explication de ces inconnues quelques données positives et utiles, parce qu'elles découlent de recherches où la méthode objective clinique et expérimentale a été notre unique et sûr instrument de travail.

Les

Allures cliniques de la Syphilis

et les formes de

paralysie générale consécutive

Importance de la conception de Bayle sur la paralysie générale

Depuis que Bayle, en 1822, dans une thèse célèbre où Baillarger a cru pouvoir signaler le plus grand progrès de la nosographie psychiâtrique, posa comme une affection indépendante de la folie ce que nous appelons aujourd'hui la paralysie générale, celle-ci fut dégagée de la sujétion qui en faisait comme un simple épiphénomène d'une maladie mentale préexistante. Le nom même qu'il lui donnait, *arachnitis* ou *méningite chronique*, indique assez la part faite aux accidents anatomo-pathologiques séparant de toute autre psychopathie cette maladie que Georget, dans le même temps, appelait *paralysie musculaire chronique*, Delaye *paralysie générale incomplète*, Calmeil *paralysie considérée*

chez les aliénés. Depuis cette époque, la paralysie générale est demeurée une entité morbide nettement définie, classée à part, et l'une des neuro-psychoses dans lesquelles la recherche thérapeutique a toujours été persévéramment tentée.

La fréquence, l'évolution progressive et l'issue fatale de cette maladie d'une part et, d'autre part, les progrès de la thérapeutique antisyphilitique, ont en quelque façon associé et maintenu à l'ordre du jour des recherches, le traitement de la syphilis et celui de la neuropsychose qui en dépend le plus. Tout a une valeur d'actualité dans la science, mais combien plus ce qui pourrait permettre d'entrevoir, comme lointaine sans doute, mais possible, la guérison de cette maladie de Bayle qui frappe durement notre société moderne avec ses conséquences désastreuses ! La psychiâtrie doit s'appuyer désormais, pour faire œuvre utile, non sur de belles pages plus ou moins savantes et sans contenu suffisant, mais sur des connaissances précises, assurant une marche certaine vers le but thérapeutique qu'on se propose.

Pour ces motifs, et comme on le verra, nous avons fait porter nos observations sur des aspects de la paralysie générale non encore étudiés ou non considérés d'une vue d'ensemble. C'est à savoir sur le rôle que l'allure de la syphilis joue dans l'évolution de cette neuro-psychose même ; sur les caractères cliniques et anatomo-pathologiques que cette allure imprime à la maladie ; enfin sur les

caractères cliniques et cytologiques qu'elle détermine chez le conjoint et dans la descendance du malade.

Période toxi-infectieuse

Après que le principe de Bayle sur l'essentialité de la maladie fut reconnu, principe consacré en 1858 par la Société médico-psychologique de Paris, une longue série de travaux parurent qui contribuèrent à déceler l'étiologie et la pathogénie de la paralysie générale, et à définir nettement les domaines cliniques dans lesquels elle se développe.

Baillarger et son école cherchèrent d'abord à analyser cliniquement la maladie pour en donner la plus exacte description possible ; et nous leur devons cette donnée précieuse que ce n'est pas le délire, mais la démence, qu'il faut considérer comme le symptôme essentiel. Pour Bayle, l'état démentiel était la troisième phase de la paralysie en évolution, tandis que Baillarger proposa, pour l'ensemble du tableau clinique, la dénomination de *démence paralytique*, si juste et encore usitée.

Le progrès des sciences anatomo-pathologiques et des méthodes histologiques fit fleurir une série féconde d'études qui, se bornant à étudier le lieu d'élection des accidents morbides, commencèrent à en établir les lésions nerveuses, essentielles et caractéristiques. On demanda longtemps

aux investigations, dans ces sciences, la solution du problème étiologique, et pour le résoudre on invoqua toutes sortes de causes. On arriva par cette voie à la conception toxi-infectieuse de la paralysie générale, sans donner encore à la syphilis le rôle qu'elle y joue réellement.

Période syphilitique

L'importance capitale de la syphilis comme cause de la paralysie générale a été une vue profonde de quelques-uns, avant d'être acceptée par la majorité et établie par les recherches de laboratoire. Il nous plaît de rapporter ici un épisode qui en témoignera et que nous devons à la bienveillante amitié de M. le professeur Charles Richet. Au temps où Charcot et Fournier discutaient de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, celui-ci la soutenant, celui-là la niant comme tout le monde à son époque, ces deux grands savants firent un pari : Fournier enverrait au maître de la Salpêtrière tous les paralytiques généraux qu'il trouverait ayant eu la syphilis, et Charcot lui adresserait ceux qu'il verrait ne l'ayant pas eue ; le premier pariait cent francs pour chaque cas, le second vingt francs. Or, les envoyés de Fournier furent si nombreux qu'il cessa de les diriger vers la Salpêtrière, où la contrariété commençait à se faire sentir de cette atteinte à une certitude battue en brèche.

Pour prendre conscience de ce rôle de la syphilis, on a bénéficié grandement des découvertes biochimiques de Pasteur et de Metchnikoff, de la théorie des chaînes latérales d'Ehrlich (théorie émise d'abord par le savant italien Centanni) qui suscita tant de travaux sur l'immunité, et de l'application à la paralysie générale par Wassermann des méthodes immunitaires.

Aujourd'hui, sans pouvoir nier davantage le rôle du spirochète, certains auteurs cherchent encore à le subordonner à une influence d'âge, de sexe, de travail professionnel, de condition sociale, de climat, de race ou de civilisation.

Il nous a semblé qu'André Collin ait mieux compris le problème lorsqu'il parla (1) de « mutation microbienne » à propos du rôle joué par notre civilisation dans l'explosion de la paralysie générale chez les Arabes et chez les jaunes. Si la méningo-encéphalite chronique varie dans ses manifestations avec les conditions de progrès social, de latitude ou de climat, pourquoi en chercher la cause ailleurs que dans les modalités variables de l'agent contagieux ? On peut admettre une modification de virulence microbienne, quand on sait par exemple que le vaccin de Vincent, actif à Paris, a été démontré plusieurs fois inefficace au Maroc avant d'avoir été modifié.

Kraft-Ebing accorde une très grande importance à la

1. A. Collin, *Quelle est la forme clinique de la syphilis qui aboutit le plus souvent à la paralysie générale ?* (*Gazette des Hôpitaux*, n° 69, 18 juin 1914, p. 1129.)

cérébralité du malade. C'est la même importance que Landouzy, avec sa haute autorité jointe à l'esprit clinique le plus avisé, attribue au terrain, seul capable selon lui d'expliquer pourquoi tout syphilitique ne devient pas paralytique général. Mais comment se défendre de penser que rien ne peut naître ni se développer selon son type, sans une « graine spéciale » ; et ne point reconnaître la nécessité absolue d'une forme spéciale de syphilis pour faire une véritable paralysie générale progressive ? L'importance du terrain paraît moins grande encore quand on sait que Gilbert Ballet a pu faire la remarque que la paralysie générale n'a pas plus de frequence chez les névropathes syphilisés que chez les non-névropathes.

Régis, depuis plus d'un quart de siècle, s'est affirmé partisan de l'origine syphilitique de la paralysie générale, et son mérite fut incontestable, tandis qu'il se trouvait à peu près le seul en France avec Fournier à soutenir cette opinion. A propos des diverses modalités relatives à l'âge, il admet qu'elles sont dues « à l'action de la syphilis qui peut seule les expliquer » (1). Mais il ne va pas plus loin dans la recherche des formes variables possibles de l'infection syphilitique dans la paralysie générale.

Sicard et Lévy-Valensi (2) ont cherché récemment par

1. E. Régis, *Précis de Psychiâtrie*, librairie Doin, 5e édit., 1914, p. 876.

2. J.-A. Sicard et J. Lévy-Valensi, *Syphilis latente*. Communication à la Société médicale des Hôpitaux, 7 juillet 1916. Dans *la Presse médicale*, 20 juillet 1916.

la réaction de Bordet-Wassermann et la mesure de la lymphocytose rachidienne, à déceler la syphilis des centres nerveux chez quelques Arabes. Les réactions ont eu un caractère positif en l'absence de toute manifestation symptomatique cliniquement apparente. Les auteurs ont pensé que l'infection existait dans ces cas, mais que le parenchyme nerveux se défendait, par son immunité due à la race, du virus syphilitique présent dans son voisinage méningé.

Après tant d'affirmations que la syphilis est bien la cause « plus que prépondérante », comme disait Fournier, de la paralysie générale, on a donc très peu étudié l'allure que prend cette syphilis pour aboutir à la neuropsychose. On s'est borné à admettre tant bien que mal l'origine syphilitique, sans rien chercher de plus. Les travaux abondent sur la marche clinique de la maladie, sur ses périodes que quelques auteurs divisent d'une sorte et les autres d'une autre ; sur ses signes somatiques ou psychiques, sans parler des nombreuses études anatomo-pathologiques ; mais nous ne trouvons rien d'accompli et de riche en données neuves sur les rapports de causalité entre l'allure de la syphilis et la maladie de Bayle.

Période de l'allure syphilitique

C'est seulement tout récemment qu'on s'est demandé, après avoir accepté et établi le rôle de la syphilis comme

cause déterminante de la paralysie générale, quelle était la forme clinique, l'allure de la syphilis, qui donnait la paralysie générale.

Parmi les études plus récentes sur ce sujet si important, deux sont remarquables, parues en 1914 et en même temps, celles de André Collin (1) et de Lauschner (2). Ils arrivent à des conclusions opposées au sujet de la forme de syphilis qui donnerait le plus souvent la paralysie cérébrale.

André Collin apporte des cas pour démontrer, comme on verra, que c'est une syphilis ne produisant aucune manifestation externe, secondaire ou tertiaire, qui le plus souvent aboutit à la paralysie. Pour ces caractères il appelle, avec d'autres auteurs, cette syphilis, syphilis bénigne, légère, neurotrope ou nerveuse. Lauschner, comme nous verrons aussi, se range contre cette idée de bénignité et combat la conception de syphilis légère. Nous examinerons ces deux travaux ; mais il est utile d'exposer, quoique succinctement, et dès maintenant, les données à ce sujet qui sortent de notre travail, et de dire, sur nos résultats, pourquoi nous nous rangeons du côté de l'idée de la syphilis légère ; cela aussi pourra mieux éclairer la discussion que nous ferons sur les idées de Lauschner et A. Collin.

En envisageant donc dès à présent les conclusions de

1. André Collin, *loc. cit.*
2. Lauschner, *la Question de la syphilis légère et de la paralysie consécutive tardive.* (*Zeitschrift fur die Gesainte Neurol. und Psych.*, 5 juin 1914.)

notre travail, nous croyons pouvoir prendre parti pour la notion de syphilis spéciale fixée ou neurotrope. En effet, dans l'histoire clinique des cas que nous avons enregistrés, on peut observer qu'entre le chancre et la période préparalytique, la syphilis est complètement latente. Or, si la syphilis sans manifestations externes, celle qui donne naissance dans la majorité des cas à la paralysie générale, ne différait pas de la syphilis banale avec ses accidents extérieurs, elle produirait ces mêmes accidents et serait une syphilis commune. Pour pouvoir, surtout après une période de latence, donner une méningo-encéphalite chronique, et cela après dix à quinze ans, il faut nécessairement que la syphilis soit présente dans l'organisme et active. Cette présence et cette activité redoutables témoignent que la syphilis, dont il s'agit, est spéciale; et qu'elle est fixée sur le cerveau où elle accomplit son évolution fatale d'empoisonnement de l'organe, au point de le porter aux manifestations morbides de la paralysie générale.

Une autre raison de se prononcer en faveur de la syphilis fixée est le bon état de la descendance des paralytiques généraux ayant eu une infection syphilitique silencieuse. Cette descendance n'offre aucunement, nous l'avons observé, les signes de l'hérédo-syphilis; les enfants sont chétifs, ont une remarquable précocité et de la dysharmonie dans leur développement neurologique, mais ils sont d'une santé physique et psychique suffisante pour leur permettre une existence normale.

D'autre part, l'absence habituelle de contamination du conjoint, prouvée par la réaction négative de Wassermann, révèle encore une syphilis neurotrope, car nous avons vu que dans la paralysie générale dont l'origine est une syphilis banale (et on verra que dans quelques cas la syphilis banale et avec manifestations externes peut aussi donner la paralysie) le conjoint est contaminé (Wassermann positif) ; et la descendance présente de bien plus gros signes de chétiveté ou même les stigmates hutchinsoniens de la syphilis héréditaire. Si le poison syphilitique donnant la période de latence était le même que celui qui ne la donne pas, on aurait dans ce cas aussi de la contamination du conjoint et de l'hérédo-syphilis chez les descendants. Il faut donc admettre que l'agent infectieux de la syphilis à état latent diffère de celui de la syphilis commune, en ce qu'il s'est fixé précocement sur la substance nerveuse, acquérant un biologisme différent, une virulence particulière, de telle sorte qu'il n'agit plus chez les conjoints et les enfants comme l'agent de la syphilis banale. Nous verrons les théories des auteurs (Hauptmann, Fischer, etc.) qui ont essayé d'en donner une explication.

Une autre indication en faveur de la syphilis nerveuse provient de nos recherches anatomo-pathologiques. Nous voulons parler de ce fait remarqué, que les artères basilaires des paralytiques généraux examinés, et qui ont traversé la période latente, sont souples au toucher et ne présentent pas d'altérations histologiques, tandis que celles

des paralytiques qui ont fait une syphilis banale sont dures au toucher, et à l'examen histologique présentent de l'endo-artérite du type de l'endoartérite de Heubner. Cela explique que dans le cas de syphilis latente, l'infection se fixe directement sur l'élément nerveux du cortex où elle peut réaliser son cycle biologique spécial, comme en témoignent et l'absence de lésions des grosses artères et l'existence de désordres histologiques et de phénomènes pathologiques dépendant des lésions du cortex ; dans la forme banale, au contraire, la syphilis frappe les voies sanguines, et l'artérite qui en résulte montre assez que le processus pathologique est à la charge du réseau vasculaire et s'attaque aux tuniques des artères. Il faut ajouter que la syphilis fixée ne donne pas ou presque pas de lésions syphilitiques viscérales, la syphilis banale en donnant facilement (aortites, néphrites, etc.).

En vérité, s'il ne s'agissait point dans un cas de syphilis fixée ou neurotrope et dans l'autre de syphilis banale, c'est-à-dire de deux syphilis différentes, quoique de la même famille, les lésions organiques seraient les mêmes, tandis qu'elles diffèrent remarquablement. Nous croyons pour ces raisons-là devoir nous rallier à la conception de la syphilis légère, neurotrope, fixée, en nous appuyant sur des donnée positives.

Mais il est nécessaire de discuter sur les deux façons d'entendre cette syphilis légère comme l'envisagent André Collin et Lauschner, en passant en revue leurs articles sur ce sujet, car leurs idées en la matière sont les plus récentes jusqu'à l'époque où nous écrivons (fin 1916).

Dans son travail, d'un incontestable mérite à cause de la portée médico-sociale du problème, André Collin s'est demandé, comme nous avons dit, si étant admis que la syphilis est l'agent causal de la paralysie générale, il ne serait pas possible de reconnaître, par un examen attentif de l'infection syphilitique « depuis la période de contagion jusqu'à l'apparition des symptômes mentaux et physiques de la paralysie générale, des caractères spéciaux permettant de prévoir cette issue fatale ».

C'est là évidemment le gros intérêt pratique des recherches sur un problème qui semblait échapper à toute investigation. Pour démontrer l'obscurité même de cette question, il suffira de citer l'autorité de Régis qui, dans sa monographie avec Verger sur la paralysie générale traumatique, s'exprime ainsi : « La syphilis, dans le déterminisme de la paralysie générale, exerce une action impossible à prévoir d'avance. Si l'on accepte la proportion donnée par Mott de 2 o/o des syphilitiques devenant ultérieurement des

paralytiques généraux, si l'on considère en outre que rien ne permet de dire à quels syphilitiques risque d'échoir ce triste privilège de devenir des paralytiques, on est conduit à voir dans la syphilis une prédisposition latente (1). »

Les résultats auxquels aboutit le travail d'André Collin fournissent des données cliniques très utiles pour le problème. Sa conclusion est que la syphilis qu'on rencontre dans la méningo-encéphalite diffuse a, en général, une allure très bénigne, simple, *non fleurie*, parce qu'après avoir donné le chancre elle passe dans un état de latence sans manifestations externes secondaires ou tertiaires. Le malade semble jouir d'un bon état de santé mental et physique entre la période du chancre et l'éclosion de la paralysie. Sur 49 cas examinés, Collin n'en cite qu'un seul dans lequel étaient réunies des cicatrices, des gommes, de la leucoplasie buccale et une mutilation du maxillaire supérieur. La même proportion se retrouve dans 180 autres cas de méningo-encéphalite dans lesquels « les cicatrices pigmentées et étoilées de syphilides pigmentaires sont aussi rares ». Cette constatation se trouve en parfaite harmonie avec la littérature médicale de la fin du dernier siècle qui, frappée de la grande rareté des accidents syphilitiques dans la maladie de Bayle, en tirait argument pour lui dénier son étiologie vraie. Cette rareté, au contraire, est

1. Régis et Verger, *la Paralysie générale traumatique*. Paris, Baillière, 1913, p. 23.

comme la marque de fabrique de la syphilis la plus suspecte au point de vue des accidents cérébraux.

L'idée de la bénignité d'une syphilis en évolution vers la paralysie générale n'était pas nouvelle. Broadbent et Jespersen s'y étaient arrêtés en 1874. Rohmell et Mendel en parlèrent vers 1880 et 1884. Hougberg écrivit sur ce sujet. En France, Fournier a remarqué le fait ; et sur 250 cas environ de syphilis grave il ne trouve aucun cas de paralysie générale. Ces auteurs et quelques autres n'avaient pas étudié systématiquement, *ex professo*, la question en tenant compte et du passé du malade et de l'état du conjoint et de la descendance, comme l'a fait André Collin dans son travail, donnant au problème un intérêt pratique d'actualité et réunissant dans une synthèse pleine d'enseignement des faits qui jusqu'alors étaient restés isolés.

Mais que signifie au juste une syphilis *bénigne*, légère? Les auteurs allemands, et Lauschner, en particulier, prenant le mot dans un sens trop absolu, sans lui donner sa vraie signification téléologique ou pronostique, ne le considérèrent pas au point de vue de l'allure de la syphilis dans la paralysie générale, mais le critiquèrent en lui-même au point d'en ruiner la conception même. Collin entend par syphilis bénigne celle qui est réellement telle en *apparence* et dans ses manifestations extérieures, comparativement aux accidents secondaires et tertiaires d'une syphilis banale. Cette forme bénigne trompe toujours le

malade qui se croit, en l'absence de symptômes apparents, à l'abri de toute menace consécutive ; elle trompe souvent aussi le médecin qui, en dépit du conseil de Landouzy sur ce point, déclare son malade complètement guéri et ne craint pas de lui donner, le cas échéant, son approbation au mariage. L'avertissement que donne Landouzy à tout syphilitique capable de l'entendre, de ne se point marier pour éviter un malheur certain, n'est pas plus grave que la connaissance de l'allure fatale d'une syphilis en apparence bénigne, pour éluder une catastrophe non moins certaine. André Collin précise ainsi le vrai sens du mot *bénin :* il faut entendre par là une syphilis sans manifestations autres que le chancre et la paralysie, une « syphilis spéciale fixée, qui frappe d'emblée au bon endroit par neurotropisme microbien et par influence du terrain sur lequel la graine est tombée ». Cet auteur conclut précisément ainsi : « Par syphilis bénigne aboutissant à la paralysie générale, il faut entendre syphilis spéciale dont les manifestations à peu près exclusives sont : le chancre et la paralysie générale. Cette forme clinique doit son allure au neurotropisme microbien et au terrain sur lequel la graine est tombée. » Il remarque aussi que « la syphilis banale, celle qui est bien fleurie et qu'on pourrait appeler grave eu égard à ses manifestations externes, peut se terminer aussi par la paralysie générale, mais avec une grande rareté, et dans ce cas des facteurs occasionnels très importants sont intervenus (traumatisme cérébral), ou bien la paralysie générale est le

terme ultime d'atteintes successives graves des artères cérébrales, des méninges (1). »

Un second travail sur le sujet qui nous occupe, contemporain du premier et intéressant parce qu'il s'y oppose, est celui de Lauschner, qu'il nous faut examiner maintenant pour établir solidement ensuite notre critique et nos conclusions.

Lauschner reconnaît d'abord que toute paralysie générale est une maladie syphilitique ou parasyphilitique, sans prendre parti de façon plus nette. Mais pour lui, si l'affection est parasyphilitique, c'est-à-dire si entre la syphilis et la méningo-encéphalite chronique existe une simple relation de parenté, on peut parler sans aucune difficulté de syphilis légère et bénigne précédant les troubles cérébraux. Si la paralysie, au contraire, est dite maladie syphilitique, la conception d'une syphilis légère qui en serait la source est par lui repoussée. Lauschner admet que des auteurs comme Jespersen, Broadbend, Mendel, Rohmell, Hougberg, Fournier, Matauscheck et Pilcz, Fischer, aient pu décrire une syphilis très bénigne à l'origine de troubles méta-syphilitiques ; mais selon lui la critique s'adresse plutôt à l'acception du vocable *bénigne* appliqué à la syphilis comme cause efficiente. Comment parler, selon lui, de bénignité d'une maladie conduisant à la catastrophe fatale que représente la paralysie générale progressive ? Pour lui,

1. Cf. *loc. cit.*, p. 1131.

« une syphilis est légère non seulement quand elle commence sous une forme bénigne, mais quand elle persiste sous cette forme. A ce point de vue, une syphilis qui conduit à la paralysie générale, laquelle représente alors le stade dernier d'un processus syphilitique, doit être considérée comme une syphilis grave » (1).

Quant à l'influence du terrain et à cette prédisposition spéciale qu'on a appelée la *cérébralité*, favorable ou défavorable au développement de la paralysie générale, Lauschner doute de la rigueur des statistiques établissant la rareté de la maladie de Bayle dans les pays extra-européens. A son avis, les observations prises dans des conditions inférieures à celles de nos milieux scientifiques, doivent apporter de graves discordances de vue sur des nuances comme en comportent la syphilis en ses variétés cliniques et la méningo-encèphalite chronique.

L'auteur allemand trouve aussi que « c'est faux de conclure, de l'absence des résidus syphilitiques apparents, que la syphilis, ayant existé, ne devait pas être particulièrement grave », parce que les symptômes secondaires ayant pour caractère de guérir complètement, et les accidents tertiaires ne donnant pas de troubles profonds des tissus, tout se passe sans laisser beaucoup de traces.

C'est à l'idée de bénignité que Lauschner revient pour la combattre avec un nouvel argument quand, pour le sens

1. Lauschner, *loc. cit.*, etc.

et au texte près, il dit : « ce qui fait tenir pour bénigne une syphilis est aussi l'absence de récidives après le traitement mercuriel ; or nous ne savons rien des réactions pathologiques qui se passent, réelles mais cachées, au-dedans de l'organisme. Comment, dans ces conditions, parler encore de bénignité du mal ? Pour que soit vraie la conception d'une syphilis légère, il faudrait que la plupart des paralytiques généraux passassent par cette forme qui est au contraire la moins fréquente, les cas d'infection syphilitique s'accompagnant habituellement de récidives ». Parmi les conclusions se trouve en substance ceci ; « L'assertion que la syphilis légère est la syphilis nerveuse est encore à combattre. La question de l'évolution légère ou grave de la syphilis devient beaucoup plus compliquée à cause de la chronicité de la maladie ».

Evidemment, l'appellation de syphilis légère est seule en cause, et nous insistons sur une question de mots qui risque de prêter à confusion comme il arrive souvent en pathologie. Mais Lauschner, en n'acceptant pas la conception de la *bénignité* de la syphilis sans faire de la paralysie générale une maladie parasyphilitique, nous semble s'arrêter à des distinctions d'intérêt plus spéculatif que pratique. Pour nous il importe peu, pratiquement, de considérer cette neuropsychose comme telle ou autrement. Ce sont les faits qui importent le plus.

Lauschner ne veut pas concéder la notion de bénignité si on fait de la paralysie générale une maladie syphilitique.

Selon lui, on ne peut parler de syphilis *bénigne* quand celle-ci conduit à une issue fatale et grave comme est la paralysie générale progressive. Mais le sens exact et complet du mot n'est point tel. Nous appelons une syphilis *légère* ou bénigne ou non fleurie soit parce qu'elle le semble vraiment en comparaison d'une syphilis bien fleurie, comme le disait Fournier, soit parce qu'elle paraissait telle jusqu'ici aux malades et même aux médecins. La dénomination est encore en rapport avec les manifestations externes et avec l'allure clinique, non avec les conséquences. Il faudrait donc s'entendre pour éviter de s'arrêter à une sorte de logomachie stérile. Nous croyons faire œuvre utile pour l'éviter, en adoptant la définition d'André Collin, c'est-à-dire en appelant cette syphilis légère une « syphilis spéciale fixée, neurotrope, ou syphilis nerveuse ».

Pour combattre cette syphilis nerveuse en dépit des statistiques où se révèle son rôle grandissant chez les peuples qui sont en train de « se cérébraliser », Lauschner croit devoir refuser toute valeur à ces statistiques extra-européennes. Mais n'est-il pas vrai pourtant que certaines ont été dressées par des médecins européens, et ne peut-on croire aussi que les méthodes neurologiques ne sont point si différentes des nôtres en Amérique ou au Japon ? Nous tenons pour sûrs les témoignages qui nous révèlent une syphilis légère ou fixée qui frapperait le système nerveux en donnant la paralysie dans une race de niveau inférieur, à mesure que la civilisation en modifie la cérébralité. Pour

dire que la syphilis n'est pas nerveuse dans ce cas, il faudrait refuser à la paralysie générale sa place dans les maladies du système nerveux.

Ce n'est point davantage d'une absence de résidus des syphilides secondaires ou tertiaires que l'on conclut à la bénignité de l'infection, mais de l'absence de ces accidents eux-mêmes ; car si les résidus existent, on dit alors que la syphilis a été grave et « bien fleurie », sans s'intéresser au degré atteint par les troubles secondaires ou tertiaires des tissus.

Pourquoi aussi vouloir absolument attribuer au traitement l'absence de récidives et s'inscrire par là contre la bénignité, le neurotropisme de la syphilis ? Nous savons des cas où, le traitement ayant été très sommaire ou presque nul, les manifestations cutanées n'en ont pas moins été absentes ; et de même des cas, fort bien soignés pendant des années, où ces manifestations n'ont pas disparu.

Il nous semble encore inadmissible qu'on ne puisse appeler légère une syphilis parce qu'elle crée au dedans de l'organisme de multiples lésions ; il suffirait pourtant d'admettre que le degré de gravité est en rapport avec les manifestions extérieures et apparentes. Or l'anatomie pathologique a montré que la syphilis nerveuse donnant la méningo-encéphalite s'accompagne de lésions presque exclusivement du système nerveux ou du moins beaucoup plus notables sur ce tissu. La chronicité du mal n'a rien à

voir avec une pareille conception, car la paralysie générale étant essentiellement une maladie chronique la syphilis qui la détermine a tout naturellement ce caractère de chronicité.

Quand Lauschner pose cette objection que tous les paralytiques généraux devraient avoir passé par une syphilis légère et que cette forme de syphilis est la moins fréquente, il dit sans le vouloir une chose en harmonie avec ce qui nous semble vrai, car nombreuses sont les observations établissant comme rare en effet, dans l'innombrable armée des infectés syphilitiques, la forme bénigne de syphilis qui précède toutes les paralysies générales. Cette forme est précisément la syphilis neurotrope, si rare, comparativement aux infections banales et graves, que Mott en a rapporté la proportion à 2 o/o, et que celle-ci est 2, 2 o/o selon Hudwernig et Guszmann.

L'auteur paraît vraiment se contredire au sujet de la syphilis légère. Parlant en effet des manifestations de la seconde période, il dit : « On peut affirmer avec beaucoup plus d'autorité que, de toutes les manifestations érythémateuses, la moitié selon les uns et les trois quarts pour d'autres sont d'origine syphilitique. Or, Wintersteiner attire l'attention sur ce fait que des traces d'érythème sont beaucoup plus fréquentes chez les syphilitiques autres que les paralytiques généraux. Pour ces derniers, Pilcz ne l'a *jamais trouvé* dans l'arsenal de ses observations ; et il estime à 8,70 o/o les cas où l'érythème primordial chez eux avait une origine nettement syphilitique.

Si on se rapporte à cette forme pathologique de la syphilis, on voit déjà combien est « remarquable le nombre des paralytiques ayant traversé une période secondaire moins grave et moins banale » (1). Tout cela est conforme à nos observations ; et ce que fait remarquer Wintersteiner est bien en harmonie avec ce que nous disons : à savoir que les manifestations externes de la syphilis sont rares dans les cas de méningo-encéphalite chronique. Encore Pilcz n'en a-t-il jamais été témoin dans toutes ses recherches.

Lauschner se range donc de notre côté sans le vouloir et paraît se contredire lui-même, lorsqu'il conclut que remarquable est le nombre des syphilitiques traversant une période secondaire moins grave et moins banale. Cette syphilis *moins banale* est bien la syphilis *nerveuse*, celle qui s'éloigne de son cortège habituel de phénomènes. L'auteur semble être encore de notre avis lorsque, signalant le pourcentage *léger* des syphilis tertiaires qui donnent de la paralysie générale (selon Adler 13 o/o, Hirschfeld 17 o/o, Marschalke 7,4 o/o, Neumann 6,8 o/o, Hougber 5 o/o), il dit : « On a l'impression que des malades faisant des accidents tertiaires, c'est-à-dire fortement touchés au point de vue syphilitique, ont peu d'inclination à devenir paralytiques généraux. » N'est-ce point la conception même qui ressort du travail de Collin, dont nous montrerons l'exactitude avec le pourcentage correspondant à *ce peu d'inclination ?*

1. *Loc. cit.*

Parlant enfin des lésions qui existent au-dedans des viscères sans apparaître extérieurement, l'auteur conclut : « Des manifestations syphilitiques tertiaires précédant l'éclosion de la paralysie générale sont choses rares » ; et nous le retrouvons là en contradiction avec lui-même et en harmonie avec nos idées.

Au sujet de la lymphocytose comme moyen de réaction pour déceler une syphilis nerveuse, il est porté à lui refuser toute valeur indicatrice, avec Altzeiner, Meyer, Niedner, Nankal, Mersbacher et Fischer ; mais il en admet quand même l'utilité à cause des difficultés possibles du pronostic, « *quoiqu'il soit très difficile de lui accorder une grande importance en l'absence de manifestations nerveuses.* »

Nous savons, au contraire, quelle preuve apporte la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse et conséquemment de la paralysie générale.

On ne saurait trop insister sur ce point que la syphilis est dite légère ou nerveuse parce qu'elle n'entraîne pas d'accidents externes, mais que cela ne signifie qu'elle ne saurait produire jamais des lésions internes. C'est pourquoi nous l'appelons aussi syphilis *latente*, ou avec Citron syphilis *asymptomatique*. Lauschner prétend que vu ces lésions on ne peut l'appeler bénigne. « Il est injustifié, dit-il, de parler de cas latents lorsqu'il s'agit plutôt de syphilis active, quoique les manifestations de la peau et des muqueuses fassent défaut. » Nous ne trouvons rien là en

vérité qui démontre comme contradictoires les deux notions de syphilis latente et syphilis active. Nous donnons à la syphilis nerveuse ou légère le qualificatif de latente, parce qu'elle existe cachée ; mais si elle existe, la condition de son existence est d'être de quelque façon active, sans quoi elle ne pourrait produire ensuite la paralysie générale qui vient confirmer son dynamisme pathologique.

Il résulte de cas bien étudiés par Hauptmann, que la syphilis des paralytiques reste tardive. Cela s'accorde bien avec nos vues, ainsi que les conclusions de Fischer citées par Lauschner lui-même : « Si la syphilis bénigne conduit souvent à la métasyphilis et si elle est transmissible elle-même comme telle, avec tous ses caractères, cela plaide en faveur de la syphilis nerveuse ; syphilis légère et syphilis nerveuse sont identiques. » Lauschner ne peut admettre cela, « parce qu'il y a, dit-il, des formes légères qui se manifestent extérieurement ».

Lorsqu'il dit, pour conclure, que « la théorie de la syphilis nerveuse ne perdrait pas un des arguments où elle s'appuye, si on cessait d'employer en une interprétation unilatérale l'argument de la syphilis légère, et celui de ses relations avec la paralysie générale », l'auteur maintient toutes ses objections en s'en tenant, comme nous avons vu, à une interprétation restreinte de la syphilis légère.

Il a fallu à notre avis citer assez largement le travail de Lauschner, après celui de Collin, parce que cet exposé contradictoire des idées sur la syphilis légère et la para-

lysie consécutive montrent bien comment se divise le champ des opinions en deux parties. Nous avons vu déjà de quel côté nos observations personnelles nous font prendre position.

Considération des objections

Pour progresser dans notre travail, nous avons considéré assez largement ce qui n'en est guère que le point de départ mais revêt une importance capitale : la syphilis rencontrée aux sources de la paralysie générale.

Prévenons d'abord une objection trop facile qui pourrait être tirée de cas exceptionnels. La forme syphilitique aboutissant le *plus souvent*, comme l'a dit André Collin, à la maladie de Bayle, n'a *pas toujours* cette allure que nous reconnaissons comme règle. En clinique il n'y a pas de barrières infranchissables ; et si une syphilis neurotrope fait quelques manifestations cutanées ou muqueuses, cette exception n'infirme en rien la règle générale. Ainsi Landouzy a-t-il attiré l'attention sur la fréquence de la leucoplasie jugale et commissurale comme fonction de syphilis tertiaire ; et souvent le traitement antisyphilitique institué sur l'indication de ce symptôme unique des « plaques de fumeur » a donné de rapides succès là où des troubles, de diagnostic incertain, résistaient à toute autre thérapeutique. Or ce symptôme de leucoplasie — encore ne faut-il pas le

confondre avec une simple pâleur de la muqueuse et le signaler là où il n'existe pas — peut se rencontrer seul, quoique à notre avis rarement, et en l'absence d'autres manifestations externes, dans une syphilis neurotrope. Cette syphilis, qui selon nous ne s'accompagne généralement d'aucun accident extérieur depuis l'époque du chancre jusqu'à l'éclosion de la paralysie générale, ne voit pas son allure très modifiée par l'apparition de traces de leucoplasie buccale, de zona ou d'alopécie, ou d'une autre manifestation cutanée, *minime et isolée*, sans importance en comparaison du cortège complet qui accompagne l'infection syphilitique banale et bien fleurie. Quoique syphilis spéciale fixée, il y a toujours eu une période de septicémie qui peut faire quelques dégâts apparents. Nous devons juger des signes par leur ensemble, et apprécier comme on le fait pour le diagnostic précoce de la grossesse : un seul signe ne suffit pas, mais plusieurs peuvent donner une certitude de gestation dans ses débuts. Nous verrons d'ailleurs, dans l'analyse de nos observations cliniques, à quel point font défaut les grands symptômes de syphilis secondaire ou tertiaire dans tous les cas qui ont pour cause une syphilis neurotrope.

Divers témoignages sont en faveur de cette existence possible de quelque symptôme syphilitique isolé dans le cadre de la syphilis neurotrope. Fournier, dans une étude sur la marche de la syphilis chez les paralytiques généraux, a trouvé, sur 83 cas observés, 3 cas avec des symptômes

tertiaires et 8 avec un exanthème moyen secondaire. Hougberg, après avoir examiné beaucoup de cas, note que parfois ce sont des symptômes *légers* consécutifs à la syphilis qui ont constitué des précédents de la paralysie générale (1). André Collin, chez les quarante-neuf paralytiques dont nous avons déjà parlé, n'a trouvé réunies que dans un cas des cicatrices de gommes, de la leucoplasie buccale et une mutilation du maxillaire supérieur. Il a vu également une éruption zostérienne scapulaire survenir quatre ans avant tout signe somatique ou psychique de paralysie générale. Duplan vit l'éruption zostérienne faciale précéder, de trois ans dans un cas, de cinq ans dans un autre cas, le début clinique de la méningo-encéphalite chronique (2)

Nous-même, durant notre internat à l'Asile d'aliénés de Sienne (et il nous plaît ici de rendre hommage à notre cher directeur M. le professeur d'Ormea), dans la majorité des cas de paralysie générale qui ne nous ont montré aucun signe de syphilis externe, nous en avons noté un dans lequel la période intermédiaire entre le chancre et la paralysie avait présenté une éruption zostérienne.

Il est encore un autre point à envisager pour éviter d'avance toute objection possible (parmi celles au moins que nous pouvons prévoir) et pour que le chemin suivi par

1. Cité par Lauschner.
2. André Collin, *loc. cit.*

nous soit libre des obscurités laissées en arriere. Nous avons dit que les choses en clinique ne se passent pas avec le même aspect et la même marche que les expériences de laboratoire, et que les formes pathologiques ne sont pas délimitées par groupes nosographiques nettement tranchés. Il y a parfois en effet des formes spéciales qui sont comme de petits groupes plus rares et reliant entre eux les groupes mieux définis, véritables formes de passage comme on en voit en zoologie. Par exemple, entre certaines espèces animales, une famille ou un sous-groupe apparaît comme une *résultante* de groupes bien séparés; ainsi les dipnoïques ont à la fois des poumons comme les animaux qui respirent dans l'air et des branchies comme ceux qui vivent exclusivement dans l'eau. N'y a-t-il pas là une chaîne intermédiaire entre deux groupes ? On peut dire qu'il en va de même pour un certain type de paralysie générale ; entre la syphilis qui ne produit pas de manifestations cutanées, muqueuses ou viscérales, sauf quelques petits signes isolés, et celle qui d'allure ordinaire et banale entraîne tout un cortège d'accidents secondaires ou tertiaires, il existe, quoique très peu nombreuses, des méningo-encéphalites dans lesquelles la syphilis présente de multiples symptômes extérieurs, fait absolument contraire à ce que produit *ordinairement* la syphilis neurotrope et qu'il faut bien distinguer des cas dans lesquels nous citions quelques manifestations externes d'apparition exceptionnelle, et qui ne changent pas la conception de syphilis neurotrope. Trois

de ces cas ont été cités par A. Collin dans lesquels la paralysie était venue se greffer sur une syphilis banale, fleurie, meurtrière pour la descendance. Rien dans l'interrogatoire ne montrait la cause de dérogation à la règle de bénignité apparente ; pourtant, chez l'un de ces malades, on pouvait noter une suite ininterrompue d'accidents syphilitiques nerveux permettant de supposer qu'il s'agissait d'une de ces formes intermédiaires entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale dont parlent Claude et Lévy-Valensi. Dans les deux autres cas, où la syphilis avait été tout aussi grave, un violent traumatisme cérébral avait précédé l'apparition de la méningo-encéphalite (1). Enfin, de nos observations enregistrées à l'Asile de Sienne, nous croyons pouvoir inscrire à ce paragraphe un cas dans lequel des phénomènes de syphilis secondaire eurent lieu, au cours de l'infection, entre le chancre et les premiers symptômes de la neuropsychose. Le cas que Claude et Lévy-Valensi enregistrent (*loc. cit,*) et qui tenait de la syphilis cérébro-spinale et des phénomènes nerveux, fait penser par ces auteurs et, nous croyons, non sans raison, à des formes intermédiaires entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale qui méritent d'être décelées. Ces formes constituent un pont entre la syphilis nerveuse et la paralysie, sans qu'on puisse se dire en face d'une syphilis nerveuse pure

1. Claude et Lévy-Valensi, *Sur un cas d'amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste.* (*Encéphale*, 10 mars 1911.)

ni de la paralysie générale, car elles tiennent assurément de l'une et de l'autre.

Le Traumatisme

On trouve souvent, dans les recherches sur telle ou telle paralysie générale, un incident qui mérite de nous arrêter un instant à cause de la conception de syphilis légère ou neurotrope qui nous intéresse : c'est le traumatisme.

Plusieurs auteurs ont appelé l'attention sur ce phénomène brusque dont l'action peut être d'éveiller de son état latent une méningo-encéphalite chronique. On a fort discuté sur la question : faut-il admettre ou non la paralysie générale traumatique comme une entité morbide *ex se* ? Pour les Allemands, et pour Koppen qui l'a étudiée en détail, il y a une démence post-traumatique, simple état démentiel qui se distinguerait par des caractères spéciaux de la maladie de Bayle. Barrère admet aussi une paralysie générale traumatique pure, dans laquelle le traumatisme est le seul agent des troubles mentaux. Nous ne parlons ici qu'incidemment de la question, et pour ce qui nous intéresse à savoir que le traumatisme, souvent rencontré dans les anamnestiques des paralytiques généraux, ne change en rien l'idée qu'il faut se faire de la syphilis bénigne ou neurotrope dans son rôle de préparation d'une méningo-encéphalite chronique, quoique nous verrons combien il est plus fré-

quent dans les cas de syphilis banale. Ce phénomène n'est qu'une complication de plus qui peut, en troublant le cerveau et diminuant sa résistance, accélérer l'éclosion de la neuropsychose qui aurait infailliblement éclaté dans un avenir plus ou moins proche. Ce n'est point sur la syphilis que le traumatisme agit, mais sur l'organisme qui, déjà malade, y perd la faculté de se défendre un peu de temps encore du mal qu'il portait en soi. L'agent de la syphilis ne peut être changé dans sa nature par le traumatisme.

Intéressant à un autre point de vue nous apparaît le rôle du traumatisme. Nous avons vu que la syphilis bénigne ou neurotrope est celle qui, dans la grande majorité des cas, donne la paralysie générale. Il y a pourtant des cas moins nombreux où il apparaît qu'une syphilis grave, à manifestations cutanées, muqueuses ou viscérales, peut aboutir aussi à la méningo-encéphalite. Or, dans ces cas, on trouve souvent que c'est le traumatisme qui a joué un grand rôle, qui a déterminé une paralysie dont la date dépend de lui. Et la fréquence de ce rapport est beaucoup plus grande, comme nous l'avons dit pour la forme banale de la syphilis.

On pourrait au point de vue médico-légal envisager ici plusieurs questions, par exemple la variation des responsabilités et du rôle d'un traumatisme dans la méningo-encéphalite selon qu'il existait antérieurement une syphilis neurotrope ou banale. Pour intéressantes qu'elles soient, ces questions ne peuvent nous retenir maintenant.

Biologisme du Spirochète

Le problème nouveau qui se pose, important et encourageant pour mieux comprendre le rôle de la syphilis dans la paralysie générale, est celui de la nature du spirochète, problème dont la solution apparait comme la récompense possible et le prix de beaucoup de recherches.

Dans l'idée même que nous avons émise d'une syphilis qui, pour aboutir plus généralement à la maladie de Bayle, devait être fixée électivement sur le système nerveux, se trouve impliqué, comme un postulat, que cette syphilis ne peut être produite par le spirochète commun qui donnerait normalement tous les symptômes externes de la syphilis banale.

Y a-t-il alors un autre agent infectieux que le *Treponema pallidum*, produisant de préférence la méningo-encéphalite chronique? Il n'est pas sans intérêt d'envisager cette question, car elle a été étudiée de telle sorte jusqu'ici que les auteurs se sont partagés, faisant de la paralysie générale les uns une maladie syphilitique, les autres une affection parasyphilitique, sans parler de la tendance à diminuer le rôle de la syphilis et à la mettre au même rang que l'alcoolisme et la tuberculose, comme ont essayé de le faire plusieurs auteurs de grande réputation. Fournier, Strumpell, Westphall, Mœbius, Kraft-Ebing, Raymond l'ont déclarée

nettement syphilitique. Voici ce qu'a écrit Strumpell, cité par Dupré dont l'œuvre magistrale est l'un des plus riches chapitres du Traité de Gilbert Ballet : « Elle serait due à une toxine syphilitique qui circule dans les vaisseaux piemériens, et transsude de ceux-ci dans les cavités lymphatiques, dans les plasmas intercellulaires de l'écorce. » Les expériences citées par Kraft-Ebing au Congrès de Moscou (1897) tendent à démontrer « l'immunité des paralytiques généraux inoculés vis-à-vis de la syphilis » (1). Aujourd'hui, les résultats de la réaction de Wassermann, qui se montre quatre-vingts ou quatre-vingt-dix fois pour cent positive dans le sang, et davantage encore dans le liquide céphalo-rachidien, en cas de méningo-encéphalite, confirment « la nature foncièrement syphilitique du terrain sur lequel se développe la maladie » (2).

Mais pour d'autres auteurs, les plus nombreux et non moins éminents, la paralysie générale ne serait pas syphilitique, elle serait parasyphilitique. Selon eux, la syphilis est bien toujours le facteur pathogénique principal, mais ce n'est point le seul, ou du moins agit-il non directement, mais par voie de conséquence et d'une manière indirecte. La paralysie serait *post-infectieuse*, *post-toxique*, *paratoxique*. Ainsi pensent Angiolella, Krœpelin, E. Dupré, Régis, Sérieux, etc. Krœpelin, par exemple, est d'avis que la syphilis, cause pathogène primitive, « produit un

1. Cité par Régis, *loc cit.*, p. 896.
2. *Ibid.*, même page.

trouble de la nutrition générale de nature grave, atteignant tous les organes et dont l'influence travaille à l'élaboration du poison qui est la cause immédiate des lésions de la paralysie générale. Le poison n'épargne aucune région du système nerveux, mais les réactions sont différentes nécessairement suivant la vulnérabilité de tel ou tel organe. Semblable aux poisons urémique et diabétique, la toxine de la démence paralytique n'existe pas dans le sang d'une façon constante, du moins en quantité considérable (1).

Les recherches bactériologiques sur la paralysie générale ont poussé plus loin nos connaissances ; et l'on a cru pouvoir admettre nettement un autre micro-organisme que le spirochète pâle. Bruce et Robertson ont trouvé dans les organes et le sang des paralytiques généraux un bacille ressemblant au bacille de Klebs-Lœffler, un bacille *diphtéroïde*. Robertson, nourrissant des rats avec ce bacille, aurait obtenu une maladie mortelle ayant les mêmes symptômes que la méningo-encéphalite diffuse chez l'homme. Le résultat fut le même pour Bruce qui opéra sur une chèvre. De plus, Robertson aurait eu par ce bacille un sérum lui permettant de traiter efficacement des paralytiques généraux (2).

1. Krœpelin, *Traité de Psychiâtrie*.
2. Robertson, *Bacteriological investigations into the Pathology of General Paralysis of the insane* (*Rev. of Neurology and Psych.*, 1903).

Il résulte donc de ces expériences que ce ne serait pas le spirochète lui-même, modifié ou non, mais bien un bacille différent, le bacille diphtéroïde, celui que Robertson appela *Bacillus paralyticans*, qui serait la cause de la maladie de Bayle. O'Brien et Candler partagent l'opinion de Robertson. A. Marie s'en sépare ; et l'on se rappelle sa communication au *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale* en juin 1914, où avec Levaditi il a signalé le tréponème de la paralysie générale comme « différent au point de vue biologique du spirochète pâle de la syphilis cutanée et muqueuse ». Ces deux auteurs considérent ce tréponème comme une variété à part, neurotrope, du spirochète pâle. Son affinité pour le système nerveux explique l'éclosion tardive des manifestations cérébrales : son existence, peut-être en symbiose, avec le tréponème-type, dans certaines sources de contamination, rend compte de l'apparition de la paralysie générale chez les syphilitiques infectés à ces sources, alors que les autres restent indemnes (1).

Nous retiendrons de ces données récentes que lorsqu'on assigne à la méningo-encéphalite, comme cause, un bacille spécial fixé, il s'agit sans doute d'un micro-organisme *différent* du spirochète banal qui donne une syphilis ornée de toutes ses manifestations cutanées, muqueuses, viscérales. Sans vouloir pénétrer la question bactériolo-

1. *Revue neurologique*, juillet 1916, p. 60.

gique, chose que nous ne pouvons pas faire par manque d'autorité en la matière, nous retiendrons donc que c'est bien le tréponème pâle qui fait la paralysie générale, non point seul comme le voudraient les uns, ni par le seul rôle de la nature du terrain comme d'autres le prétendent ; mais par modification de son biochimisme, pour des causes qui encore nous échappent, quand il pénètre dans un organisme humain. Le bacille frappe alors directement et précocement le système nerveux central, ou parce qu'il est apte à cela, étant le Bacillus paralyticans de Robertson, ou le neurotrope de A. Marie et Levaditi, ou aussi, et surtout croyons-nous, grâce à des affinités biochimiques électives, à des sympathies humorales et cytologiques qui créent en lui ce caractère spécial de neurotropisme le faisant non seulement évoluer d'une façon différente, mais changer son évolution même et ses manifestations. Cette idée que le spirochète prend, à son entrée dans l'organisme, telle direction de fixation plutôt que telle autre, n'est point de nature à nous surprendre. Tout est élection chez l'être vivant ; et la vie n'est que l'expression délicate et mystérieuse de cette élection et de ces tropismes variés. La pharmacologie ne repose-t-elle pas entière sur ces affinités de certains médicaments pour certains organes ? On peut légitimement penser que, dans des conditions semblables, bacilles et médicaments introduits dans l'organisme s'y comportent de même.

Nous avons montré, dans une communication à l'Aca-

démie des Fisiocritici de Sienne en 1913 (1), quelle est l'influence des substances nervines sur l'accroissement des nerfs *in vitro*. C'est là encore un phénomène d'électivité, de tropisme. Nous pensons donc que le cerveau, ayant fixé d'abord le poison syphilitique, se met, dans un premier temps, par une influence cyto-biochimique, à adapter à son milieu le tréponème, en se défendant de lui par son immunité naturelle. Dans ce premier temps, le bacille perd ses qualités natives et acquiert celles que le cerveau lui imprime en le modifiant sans lui ôter sa parenté originelle. Ainsi changé par les conditions du terrain, il accomplit son cycle biologique différemment du véritable agent de la syphilis ordinaire, et ses manifestations morbides sont autres. Nous appellerons, pour faire plus vite, *neurotréponème* ce bacille syphilitique ainsi fixé électivement sur le système nerveux.

Quelles que soient donc les forces mises en jeu pour le passage du tréponème pâle en neurotréponème, nous ne faisons que les constater ; l'agent de la syphilis change sa nature, son évolution, ses manifestations morbides par l'influence de la substance nerveuse sur laquelle il s'est fixé, et acquiert la puissance spéciale de produire la paralysie générale.

Que ce neurotréponème soit appelé bénin parce qu'il ne

1. L.-R. Sanguineti, *Influenza delle sostanze nervine su l'accrescimento dei nervi « in vitro »* (Extrait de la *Rivista di patologia mentale del Tanzi.*, anno XIX, fasc. 5, 1914).

donne pas, ou presque pas, de manifestations externes, ou malin en considération des désordres nerveux internes plus graves que les accidents syphilitiques extérieurs, il importe peu ; c'est là une question de mot, et nous ferions œuvre stérile en nous attardant à discuter sur ce mot. Il suffit d'admettre, pour s'entendre, qu'il y a un agent spécial, bénin ou grave, ou précocement fixé, ou neurotrope, qui appartient au groupe du tréponème pâle, mais qui n'est pas le même que celui de la syphilis banale qui, dans la grande majorité des cas, produit la paralysie générale.

Dès 1882, Landouzy avait observé que la gravité du mal était en raison inverse des manifestations externes, lorsque présentant un jeune homme de dix-neuf ans, alcoolique, et atteint de syphilis maligne précoce sans adénopathies, il montrait le rôle défensif et *atténuateur* en lui des ganglions. Sa conclusion était textuellement celle-ci : « L'absence d'adénopathie est donc un indice de syphilis *grave*. De semblables faits confirmatifs ont été cités depuis (1). »

Nous suivons donc la pensée de plusieurs auteurs et non des moindres, en affirmant que la syphilis nerveuse, avec son caractère de ne produire pas de manifestations externes dans la paralysie générale, est une syphilis différente, par l'évolution biologique que détermine le terrain, de la syphilis banale.

1. Landouzy, *Quatre leçons des cliniques de la Charité (Société de Dermatologie*, 7 juillet 1898, p. 338).

Mais on peut aussi, avons-nous dit, assister, bien que les cas soient rares, à une méningo-encéphalite chronique greffée sur une syphilis bien fleurie et riche en accidents extérieurs. Ce n'est alors qu'une longue évolution, unique en sa nature, due au véritable spirochète qui n'a subi aucune modification morphologique, biologique ou biochimique, et qui donne à la fois toutes les manifestations externes, secondaires et tertiaires, et au dedans les lésions caractéristiques de la syphilis viscérale.

Il était nécessaire, pour un travail comme le nôtre, basé en partie sur l'allure de la syphilis dans la maladie de Bayle, d'exposer amplement la conception de la syphilis bénigne ou légère, et de considérer la marche variable de l'infection syphilitique. Notre attention s'est donc arrêtée d'abord sur l'allure de la syphilis dans la paralysie générale. Pour tout résumer, disons que *dans la majorité des cas l'infection syphilitique se passe à l'état latent, sans signes secondaires ou tertiaires à un près, et donne lieu, avec l'aide de la nature du terrain dans lequel la graine est tombée, à la neuropsychose, et que dans des cas plus rares, c'est la syphilis à marche normale, la forme bien fleurie, grave par tous ses symptômes extérieurs, qui donne lieu elle aussi à la paralysie générale.*

Hougberg a noté ces deux allures de la syphilis dans la maladie qui nous occupe. Sa statistique montre comment d'ordinaire ce sont des manifestations syphilitiques légères qui précédent la paralysie, *quoique dans*

certaines formes on ait vu aussi des symptômes tertiaires très sérieux.

Notre but

C'est la considération de tout ce que nous venons de voir qui nous a montré combien il était intéressant d'étudier s'il existe des rapports, et lesquels, entre l'allure de la syphilis et la paralysie générale consécutive ; rapports qui n'ont pas été encore étudiés ni mis en lumière et qui peuvent fournir quelques données utiles à la connaissance intime des formes cliniques de la maladie de Bayle et à sa thérapeutique toujours si incertaine.

Nous nous sommes proposé comme but de notre travail la réponse aux questions suivantes :

1° L'allure d'une syphilis exerce-t-elle ou non une influence directe sur la paralysie générale consécutive ? En d'autres termes, y a-t-il une relation de dépendance entre la forme clinique de la syphilis et l'évolution paralytique ?

2° Étant admis que la syphilis rencontrée à l'origine de la paralysie générale a deux allures évolutives différentes : la forme neurotrope ou la forme banale, la paralysie qui vient ensuite a-t-elle toujours la même physionomie clinique ?

3° Si ce n'est pas, est-ce que la syphilis neurotrope et la syphilis « bien fleurie » produiraient chacune une paralysie

générale à allure clinique spéciale ; de telle façon qu'il pourrait être vrai de dire qu'il y ait comme conséquence des deux allures syphilitiques deux paralysies générales distinctes et consécutives ?

4° Les symptômes variés et assez confus qui marquent les débuts et la marche d'une paralysie générale doivent-ils demeurer inexpliqués ou se voir attribués aux influences de nature du terrain dont on a abusé ; ou ne vaut-il pas mieux les rattacher surtout à la nature et à l'évolution spéciale de l'infection syphilitique ?

5° Le traitement rationnel de la paralysie générale peut-il bénéficier de quelque donnée nouvelle sur ces questions ?

6° Enfin l'état de santé de la femme et des enfants d'un paralytique général et le pronostic à leur sujet sont-ils ou non en rapport avec l'allure spéciale de la syphilis du début ?

C'est pour répondre à ces questions, que nous nous sommes appliqué à l'étude de ce qui constitue à la fois un curieux problème scientifique et une source possible de données pratiques pour l'interprétation et la thérapeutique de la paralysie générale. Et au sujet de la pathogénie de cette infection, comme nous avons vu qu'elle est produite dans la grande majorité des cas par un micro-organisme qui diffère du véritable spirochète par l'évolution spéciale que

la substance nerveuse lui imprime, et dans quelques cas plus rares par le spirochète banal avec l'ensemble des symptômes extérieurs communs, nous avons voulu demander à l'anatomie pathologique de plusieurs cas de paralytiques autopsiés, si au dedans de l'organisme *les deux façons de se comporter du spirochète donnent quelques lésions particulières à chacune des deux formes.*

Plan de nos recherches

Pour aboutir à des résultats aussi sûrs que possible et reposant sur des faits objectivement exacts, nous avons adopté dans nos recherches l'ordre suivant :

1° Recherches cliniques et biochimiques sur le malade ;

2° Recherches cliniques et biochimiques sur le conjoint et la descendance ;

3° Recherches anatomo-pathologiques.

Nous avons utilisé les malades au début surtout de leur maladie, ou autant que possible à leurs premières manifestations. En effet, quand la période de gâtisme est atteinte, il ne reste plus guère de notes différentielles à déceler, de même que, dans toutes les maladies arrivées à l'état cachectique, quelles qu'aient été leur étiologie et

leur évolution clinique, on ne discerne plus de différences dans le cortège confus de leurs symptômes devenus tous égaux et pareils. Les derniers actes des drames pathologiques les plus dissemblables, quelles qu'aient été leurs différences, se confondent en une même catastrophe finale. Leonardo Bianchi (1) a écrit ces paroles très justes à ce sujet : « La distinction des groupes symptomatiques, bien justifiée dans le commencement de la maladie, n'est plus au contraire aussi manifeste à une période plus avancée du même mal. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pour une maladie avancée de très grosses différences entre les différents cas, et plus encore, peut-être, que dans la période initiale ; mais vers la fin de la maladie il existe un tel mélange et si complet des symptômes décrits (de la paralysie générale) qu'on ne peut plus faire une distinction rationnelle des différences de physionomie que la maladie peut présenter. »

Dans les cas où le malade soumis à notre observation n'en était plus à ses symptômes de début, nous avons pu, en nous guidant sur les anamnestiques très précis et minutieux fournis par le conjoint ou les parents, rétablir *l'allure* que l'infection syphilitique avait eue entre le chancre et les premiers symptômes de la neuropsychose, et toutes les autres manifestations morbides de la période de début.

1. Leonardo Bianchi, *Trattato di Psichiatria*, 2e edizione, Napoli, Pasquale.

Notre examen clinique a été conduit de la manière suivante :

1° Observations sur les ascendants et les collatéraux du malade, avec considérations sur l'hérédité nerveuse;

2° Observations sur l'enfance du malade et sur le développement de ses grandes fonctions nerveuses : première dent, premiers mots, premiers pas, convulsions, énurésie, etc., utilisant les données si fécondes en résultats que A. Collin a établies à ce sujet (1), et qui font autorité en la matière; avec considérations sur l'évolution psychique, traduite par le caractère et l'humeur, les réactions nerveuses, les tendances instinctives, la scolarité.

3° Maladies de la première enfance (ainsi que celles des frères et sœurs, s'il y a lieu), et réactions de l'organisme à la puberté, et ensuite jusqu'aux premières manifestations de la paralysie générale.

4° Précision de l'époque de l'infection syphilitique; son évolution et son traitement; renseignements sur la période étendue entre l'infection et les premiers symptômes paralytiques.

5° Étude très minutieuse des premières manifestations psychiques et physiques de la neuropsychose, en tâchant

1. A. Collin, *le Développement de l'enfant*, Paris, Doin, 1914.

surtout d'établir clairement cette période initiale où les premiers symptômes passent inaperçus de l'entourage et qu'on ne peut saisir qu'avec le concours de témoins intelligents, période *préparalytique* de Régis sur laquelle cet auteur a attiré depuis longtemps et avec justesse l'attention.

6° Renseignements sur la santé du conjoint, ses grossesses et ses fausses couches s'il y a lieu, son passé génital, et surtout les conditions de la contagion syphilitique avec ses manifestations possibles.

7° Examen de la descendance du malade, avec recherche chez l'enfant comme chez lui, du développement des grandes fonctions nerveuses, des maladies, de l'intelligence, du caractère, de la scolarité. Il suffit que l'un des parents soit intelligent et éclairé pour qu'on ait sur ce point toutes les données nécessaires.

8° Enfin, examen psychique et physique actuel du malade. Pour l'examen du fond mental, au lieu de nous servir des *mental tests* qui, pour être trop absolus, ne donnent pas toujours la mesure exacte recherchée à cause du défaut, nous semble-t-il, de ne pas tenir compte des différences de capacité rationnelle que les malades révèlent en face de leurs propres erreurs, nous avons préféré la *table pour l'examen clinique du fond mental* suggérée par notre regretté maître Gilbert Ballet, en l'unissant aux indications

fournies par Leonard Bianchi (1) et E. Tanzi-Lugaro (2) en leurs traités de psychiâtrie qui sont les meilleurs ouvrages complets parmi ceux non rédigés en monographies particulières.

Quant à l'examen physique, il a été conduit dans son ensemble de la façon habituelle.

Un examen biochimique a été ajouté, bien entendu, à ces recherches, par la réaction de Wassermann répétée pour chaque malade ainsi que pour son conjoint et ses enfants.

1. *Loc, cit.*
2. E. Tanzi, E. Lugaro, *Malattie mentali*, 2 vol. Milano. Societa Editrice Libraria, 1916.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons examiné pour notre travail environ une centaine de cas de paralysie générale, entre 1914 et 1916, soit à la clinique de l'Asile Sainte-Anne, à Paris, soit dans des services d'aliénés en Italie. Nous avons aussi utilisé des cas que nous devons à l'obligeance de quelques confrères ; et d'autres, déjà étudiés par nous précédemment, dont nous gardons les dossiers.

Toutefois, plusieurs de ces cas ont été abandonnés, parce qu'ils nous ont paru moins riches de renseignements précis pour notre but, et nous n'en avons gardé qu'une cinquantaine aux renseignements très sûrs et complets.

Nous dirons quelques mots d'explication sur la façon dont nous présentons nos dossiers cliniques. Nous avons trouvé que les cas examinés se groupaient, soit par l'allure de la syphilis, soit par les caractères cliniques de la paralysie, soit encore par l'état de santé ou de maladie du conjoint et de la descendance, en deux vastes catégories bien distinctes, en *deux formes*, tandis que quelques cas s'éloignaient, pour des raisons que nous montrerons, de ces deux groupes. Pour faciliter l'intelligence des dossiers documentaires des malades, nous avons rassemblé tous ces dossiers selon trois chefs. Nous appellerons donc

première et *seconde* formes les deux grandes catégories dont nous parlions, et les cas qui s'en éloignent, *cas mixtes*.

Nous nous réservons de remplacer plus loin ces dénominations banales par des termes qui, selon l'étymologie, indiquent mieux le caractère principal de la forme même.

Nous verrons aussi comment l'examen anatomo-pathologique nous conseille l'isolement de ces deux formes principales et distinctes.

Paralysies générales de la première forme

OBSERVATION I

(1914)

B..., trente-deux ans. Marié à vingt-cinq ans. Ciseleur. Entré à Sainte-Anne le 8 septembre 1913.

I. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Les parents du malade sont vivants, en bonne santé, mais « très nerveux ». Les collatéraux, surtout maternels, semblent avoir été irritables, et quelques-uns déprimés. Ceux qui sont morts avaient alors cinquante ans. « Toute la famille est très nerveuse », nous dit la femme ; les neveux du malade sont irritables et coléreux.

Il a eu huit frères et sœurs, dont trois garçons et cinq filles. La première, née à six mois et demi, mourut aussitôt après ; la seconde est morte à six semaines ; un frère est mort à vingt-deux ans, de laryngite tuberculeuse. Les vivants se portent bien. Ils paraissent présenter nettement des troubles de caractère, des périodes d'excitation suivies de périodes de tristesse, et de la diminution du ton affectif, sans que nous puissions être fixés davantage sur ce point.

2. — Antécédents personnels

B... est né jumeau à six mois et demi. A neuf mois il a fait une pneumonie. Il était très nerveux dès sa naissance. Il ne dormait pas et avait des cauchemars. Très impressionnable, il pleurait pour rien. On ne peut savoir comment se sont établies ses fonctions neurologiques, mais il semble avoir été normal, sinon précoce. Il a montré toujours une intelligence suffisante. Bonne scolarité; goût pour l'étude.

De santé plutôt chétive, il se laissait facilement mettre en colère. Il buvait de temps en temps de l'absinthe.

3. — Histoire de la syphilis

Il est établi que B... a eu un chancre sur la verge à vingt ans. Il a été soigné aussitôt, et l'accident se passa complètement. Après il n'a jamais rien eu, et sa femme n'a remarqué rien d'anormal en lui.

Quelques années plus tard il devint plus nerveux; irritable et triste, sans avoir à quoi attribuer ce changement. Après quatre ans il commença à trembler des mains et de la langue; mais ayant suspendu ses habitudes de boisson et surtout d'absinthe, il vit cela disparaître presque complètement.

Aucun autre accident. Il continua toujours à travailler facilement.

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes de la paralysie générale commencèrent trois ou quatre mois avant son entrée à l'asile. Il n'y a pas eu de traumatisme. B... commença à être excité, étrange en ses allures, « plus gai », dit sa femme. D'intelligence toujours claire, il semblait même plus lucide qu'auparavant. Il recommença à boire et trembla davantage, des mains surtout. Il parlait « vite et beaucoup ». Il tenait des propos sur le bonheur de sa famille, parlait de gagner beaucoup d'argent. Cet état empira ; on consulta pour le tremblement, et son entrée à l'asile ne se fit pas sans beaucoup de difficulté.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme est bien portante, et n'a fait aucune maladie, ni avant ni après son mariage. Pas de fausses couches. Le Wassermann est négatif. Une fille de sept ans est née à terme ; bien portante, elle est très nerveuse, colérique, d'intelligence assez développée. Anémie et faiblesse, mais sans aucune maladie. Wassermann négatif. Bonne scolarité.

Elle parla à dix-huit mois, marcha à quinze mois, eut sa première dent à six mois.

6. — Examen actuel

a) *Psychique.* — Mémoire : très affaiblie et d'une façon globale.

Attention : nulle. On ne peut l'arrêter, même quelques secondes. Il dévie tout de suite et retourne à son délire de grandeur.

Intelligence : assez confuse. Désorienté dans le temps et dans l'espace. Il ne sait quel est le jour présent, et il se croit dans son palais, ayant le médecin et tout son entourage sous ses ordres.

Idéation : très vive, désordonnée, faite de morceaux de souvenirs disparates ; toujours en rapport avec son délire.

Perception : bonne. Pas d'hallucinations, ni auditives ni visuelles.

Conscience de sa situation : nulle.

Personnalité : exagérée dans le rôle qu'il croit jouer dans le monde.

Mimique : expressive. Elle suit le ton des idées de grandeur.

Langage : riche sur le thème du délire, mais très appauvri au sujet des autres choses.

Parole : très rares accrocs, sans dysarthrie ni lenteur.

Impulsions : il a fait une *fugue* à son entrée à l'asile.

b) *Somatique.* — Yeux : les pupilles réagissent paresseusement ; sont inégales, la droite plus grande que l'autre.

Pas de tremblement notable aux mains ni aux jambes.

Marche : bonne, avec un peu de raideur, mais rare ; sans incertitude.

Réflexes : rotuliens exagérés ; achilléens très vifs. Ceux du bras droit plus vifs que ceux du bras gauche.

Réflexes cutanés : vifs.

Rien de notable aux grands appareils.

La sensibilité générale est vive.

Pas de leucoplasie. Gros troubles du sommeil ; agrypnie fréquente.

La nuit il descend du lit, il fait des soliloques. Il rêve beaucoup ; et dans ses propos il mêle facilement des éléments de ses songes, dont le caractère est toujours en rapport avec son délire de grandeur.

7. — Considérations cliniques

Sur le cas de B... nous avons à faire les considérations suivantes :

Le malade mit pour faire sa paralysie générale douze ans environ. La période qui s'écoula entre le chancre et la paralysie ne fut marquée par aucun phénomène de secondarisme ou tertiairisme ; hérédité similaire névropathique ; enfance nerveuse du malade. Il fut intelligent, chétif. Caractère irritable.

La paralysie générale débuta par de l'excitation psychique et physique, mégalomanie, euphorie, avec conservation de

l'intelligence, sans perte de mémoire et avec sui excitation des facultés de l'intelligence, sans dépression d'aucune espèce. La femme n'a pas été contaminée ; pas de fausses couches.

Descendance : un enfant, ayant une réaction de Wassermann négative, sans signes d'hérédo-syphilis. D'intelligence assez développée, il est chétif, mais pas malade.

Caractère irritable. Développement dysharmonique des grandes fonctions neurologiques.

L'examen somatique du malade offre ceci à retenir : pas de tremblement notable, pas de troubles de la marche. Pas de troubles trophiques ni de lésions aux organes. Motilité vive. Pas de troubles de la parole. Il est remarquable que avec l'alcoolisme qui entre en jeu, le tremblement soit si peu marqué. Pas de leucoplasie.

Dans l'examen psychique nous notons : grosse déchéance mémoire très affaiblie, conscience nulle de sa situation, grande confusion mentale, état mégalomaniaque conservé.

Mimique : expressive.

OBSERVATION II

(1914)

N..., trente-huit ans. Peintre en bâtiments. Marié à trente-deux ans et demi. Entré le 8 octobre 1912 à l'asile.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme.— Le père est mort à quarante-huit ans, tuberculeux. Il était alcoolique et très nerveux.

La mère mourut à quarante-huit ans, d'un cancer à l'utérus ; très douce de caractère. Un oncle est mort aliéné.

Une sœur de trente ans bien portante, plutôt apathique.

2. — Antécédents personnels

Né à terme, il a été toujours nerveux et irritable. Intelligent. Bonne scolarité. Jamais malade. Ses fonctions neurologiques semblent avoir été normales dans leur établissement.

3. — Histoire de la syphilis

Le malade paraît avoir été contaminé vers vingt-cinq ans. Sa femme dit qu'elle n'a jamais remarqué aucun signe sur son corps ni dans sa bouche. Ancienne blennorragie.

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes apparurent en 1911 (à vingt-cinq ans), avec de l'excitation, de l'insomnie, des idées de grandeur et de persécution. Il devient méchant avec sa femme, alors qu'auparavant il avait été toujours doux. Il voulait l'étrangler pour le moindre motif.

A un certain moment, diminution de la mémoire. Sa femme s'aperçut à cette époque « qu'il devenait drôle ». N... devint jaloux et plus excité au point de vue sexuel.

Il n'avait pas de tremblement ; il marchait toujours bien, sans effort ni raideur. Accrocs de la parole, quoique rarement. Il travaillait bien à son métier ; mais tenait des propos absurdes, parlait de « devenir le maître », de gagner de l'argent. L'excitation intellectuelle augmentait toujours, ainsi que les menaces à sa femme ; et c'est alors qu'on l'amena à Sainte-Anne *malgré lui*.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme dit n'avoir, après son mariage, jamais rien eu d'anormal dans sa santé. Chez elle, la réaction de Wassermann est positive. Elle a fait une fausse couche de deux mois.

6. — État du malade

I. — A son entrée, on notait :

Perte absolue de la mémoire, trouble de la parole, tremblement.

Wassermann positif.

Désorientation. Délire alternatif de mégalomanie et de pauvreté. Euphorie.

II. — Examen actuel.

a) *Somatique*. — Les pupilles sont rigides, la droite plus grande que la gauche.

Réflexes : rotuliens exagérés ; plantaires diminués ; crémastérien et abdominaux abolis. Pas de leucoplasie ; pas de troubles trophiques ; sensibilité conservée, mobilité diminuée, non abolie. Troubles de la digestion et du sommeil. Pas de céphalée. Tremblement des jambes, qui n'empêche pas la marche. Il se remue, il parle en soliloque et gesticule.

Quoique affaibli, il est physiquement bien conservé.

Quelques accrocs de la parole.

b) *Psychique.* — Gros troubles de l'idéation ; délire de mégalomanie, de jalousie, de satisfaction, alternant avec délire de pauvreté.

Troubles de la mémoire (amnésie diffuse), de l'attention dans laquelle est aboli le pouvoir fixateur avec automatisme mental ; fuite des idées, dans lesquelles apparaît le contenu délirant de mégalomanie, de jalousie avec menaces à sa femme.

La confusion mentale est très marquée. Troubles des perceptions, surtout de l'ouïe et de la vue, avec quelques hallucinations cénesthésiques,de l'affectivité avec perversions. Les émotions du malade vont de la joie à la colère.

L'activité générale est, quoique diminuée, caractérisée plus par de l'excitation que par de la dépression.Le langage est altéré plutôt dans son contenu intellectuel (dyslalie, dysphasie) ; caractère irritable.

La paralysie, pour se déclarer, a demandé environ dix ans.

La période du chancre à la paralysie a été caractérisée par l'absence absolue de manifestations externes muqueuses ou cutanées.

Hérédité alcoolique et cancéreuse.

N..., a été nerveux dès son enfance, et intelligent.

La paralysie générale débuta par des phénomènes d'excitation, de mégalomanie, de changement de caractère (méchanceté), d'euphorie et de colère.

L'état actuel du malade montre une très grave altération de l'intelligence, et de toutes les facultés psychiques ; tandis que du côté physique il est, quoique affaibli, encore bien conservé. La femme n'a pas été contaminée. Wassermann négatif. Elle a fait une fausse couche.

OBSERVATION III

(1914)

T..., trente-huit ans. Mécanicien. Marié en 1908. Entré le 23 octobre 1912 à l'asile.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Le père est mort à soixante ans, de gastro-entérite. Il était faible et nerveux.

La mère a soixante-trois ans et vit encore. Bien portante, pas nerveuse. Le grand-père paternel est mort à soixante-dix ans, paralysé : la grand'mère paternelle morte à soixante-cinq ans après un ictus. Un oncle paternel mort à soixante ans d'anémie cérébrale après des excès sexuels.

Le malade a un frère de trente-quatre ans, syphilitique, et une sœur de quarante ans, très nerveuse et irritable.

2. — Antécédents personnels

Né à terme. On ne sait rien de l'établissement de ses fonctions neurologiques. Il a été très nerveux. A dix ans il eut mal aux yeux. A quatorze ans, scarlatine. Précoce d'intelligence, irritable ; porté de bonne heure aux relations sexuelles (douze ans).

3. — Histoire de la syphilis

T..., a contracté l'infection à vingt-cinq ans, sans jamais aucune manifestation cutanée ou muqueuse. Soumis à un traitement. En 1913 il a fait de la gastro-entérite.

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes commencèrent en 1912. Ses conversations étaient décousues, il parlait de gagner des sommes fabuleuses. Il devint violent et jaloux. Il a dépensé tout son argent à acheter des meubles qu'il revendait sans bénéfice. Il

était fort excité, se levait la nuit, faisait des calculs d'achat et de revente. Insommie fréquente ; appétit sexuel affaibli. Les propos ne sont pas absurdes, mais étonnent dans sa position sociale. Idées de grandeur, de force, de supériorité. Pas d'ictus, pas de tremblements, pas d'accrocs de la parole. On le fait entrer à Sainte-Anne avec beaucoup de peine.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme dit n'avoir eu aucun accident morbide depuis son mariage. La réaction de Wassermann chez elle est négative. Elle a eu deux grossesses, dont une fausse couche de cinq mois et demi. L'autre grossesse fut menée à terme ; enfant de six ans maintenant, très chétif. Pas de signe de syphilis héréditaire. L'enfant prononça ses premiers mots à cinq mois, marcha à vingt-trois mois, eut sa première dent à huit mois.

Il est faible, de croissance exagérée, précoce d'intelligence ; très nerveux et irritable. Wassermann négatif.

6. — État du malade

I. — A son entrée, le malade présentait de l'agitation, des idées délirantes, de la désorientation, de la mégalomanie, avec euphorie et affaiblissement intellectuel ; idéation rapide, fuite et incohérence des idées. Il parle de milliards, de constructions, d'aéroplanes.

Inégalité et paresse des pupilles. Très peu d'accrocs de la parole. Réflexes presque abolis. Peu de tremblement. Il marche, et il a de l'excitation motrice.

II. — Examen actuel (juin 1914).

a) *Somatique.* — Anisocorie, la pupille droite est plus grande que la gauche. Signe d'Argyll.

Quelques mouvements fibrillaires de la langue.

Réflexes tendineux forts, cutanés diminués. Pas de leucoplasie. Pas d'accrocs de la parole. Pas de tremblements. Il marche bien. Pas de lésion organique. Il semble bien portant.

b) *Psychique.* — Gros troubles de l'idéation ; délire mégalomaniaque et de jalousie ; amnésie presque totale ; troubles de l'attention qu'on ne peut fixer même un instant. Confus, désorienté dans le temps et dans l'espace.

Hallucinations de l'ouïe et de la vue. T... se lève la nuit ; il va vers quelqu'un qu'il croit entendre parler. Perversion de l'affectivité. Son activité est en excitation ; troubles idéatoires du langage, mais non moteurs ; quelquefois actes délirants de violence.

Euphorie ; au sujet même de sa syphilis, qu'il ne nie pas, il dit en riant l'avoir « attrapée avec une maîtresse charmante, une belle brune, qui avait les nichons durs ».

7. — Considérations cliniques

La paralysie s'est produite après onze ans d'une période

latente qui ne présenta aucun accident externe cutané ou muqueux; et aujourd'hui le malade n'a pas de leucoplasie buccale.

Hérédité similaire : tendance héréditaire aux excès sexuels.

Nervosité constitutionnelle; bonne intelligence. La paralysie générale débuta par de l'excitation mégalomaniaque, de l'hyperactivité avec délire de jalousie et méchanceté; absence d'ictus, de tremblement, d'accrocs aux mots d'épreuve et de toute maladie organique.

Ni la femme ni l'enfant n'ont été contaminés. Celui-ci a présenté une notable dysharmonie de développement neurologique ; chétiveté, précocité intellectuelle, mais pas de signes d'hérédo-syphilis. Actuellement (1916) on remarque, au point vue somatique, une assez bonne santé ; pas de tremblements, une marche assurée, une parole sans accrocs ; au point de vue psychique, au contraire, gros troubles de l'idéation, de la mémoire, des perceptions et du sens affectif avec mégalomanie.

OBSERVATION IV

(1914)

P..., quarante-huit ans. Marié à vingt-quatre ans et demi. Employé de commerce. Entré le 21 septembre 1912 à l'asile.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Le père mort à soixante-quatre ans à Bicêtre, de « ramollissement du cerveau ». Mère morte à quatre-vingts ans. Un oncle paternel mourut dans un asile d'aliénés. Une sœur morte à vingt-sept ans d'un cancer du rectum.

2. — Antécédents personnels

Né à terme. Il était souvent malade dans son enfance. A huit ans, il eut une « fièvre cérébrale » et ensuite une fièvre typhoïde. Précocité intellectuelle. Beaucoup de mémoire. Très nerveux toujours ; irritable, avec des irrégularités de caractère.

A vingt ans, il a eu une « fièvre des pays chauds avec délire ». A trente ans, blennorragie, après quoi arthrite blennorragique du genou « dont la ténacité a été fort grande ».

3. — Histoire de la syphilis

On n'en sait rien de précis. Le médecin de la famille affirme qu'il n'a jamais constaté chez P... ni les siens (femme et fille) « aucun symptôme ou stigmate de syphilis actuelle ou antérieure » (lettre du médecin). La femme dit qu'elle n'a jamais rien remarqué d'anormal sur la peau ou dans la bouche de son mari.

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes apparurent en 1911. P... commença par changer de caractère ; il semble avoir éprouvé à la mort de sa mère un gros traumatisme psychique ; il devint triste, ensuite très nerveux et irritable. D'humeur habituelle il était bon et gai. Il fit preuve d'une grande inquiétude, et s'agita ; il ne pouvait rester en place.

A cette époque, impuissance génitale. Il devient jaloux et montre une grave altération du sens affectif ; « il ne peut plus voir ni sa femme ni sa fille ».

Profonde agrypnie ; il se lève la nuit et fait des calculs ; il étudie dans des livres de physique ; il parle de faire des découvertes d'électricité qui lui « apporteront un argent fou ». Aucune faiblesse, ni tremblement des jambes ; seulement quelques accrocs fugitifs, en prononçant certains mots. Son euphorie augmente avec son activité intellectuelle et ses idées de richesse.

Pas d'hallucinations.

Anosmie et boulimie.

Une fois il a eu un ictus. Il tomba sans perte de connaissance, et il se releva de lui-même. Aucune faiblesse résiduelle.

Plusieurs fois il fut pris d'une vraie manie déambulatoire ; il marchait des journées entières sans se fatiguer.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

Femme bien portante. Aucun signe de contamination ; Wassermann négatif.

Une fille, née à terme un an après le mariage. Elle est chétive, sans signes d'hérédo-syphilis ; très bonne dentition. Nerveuse, irritable. Elle marcha à quatorze mois, parla à un an, eut sa première dent à six mois ; propre de bonne heure. Elle a été élevée difficilement jusqu'à huit ans. Assez intelligente. Wassermann négatif. A eu des fièvres avec délire. Premières règles à dix ans. Après la puberté, la précocité diminua. Maintenant, à vingt-sept ans, elle est plutôt moins intelligente.

6. — État du malade

I. — A son entrée, on a noté :

Depuis plus de six mois, P... a présenté un état d'agitation et d'excitation. Il se levait la nuit pour se livrer à des découvertes d'électricité. Atteint de monomanie ; il croit avoir inventé une pile économique qu'il a montrée à des ingénieurs ; et tous ses actes tendent à satisfaire cette monomanie.

25 novembre 1913. — Il se présente plus tranquille, indifférent ; il manifeste un délire de grandeur systématisé ; il se croit roi de France.

II. — Examen en juin 1914.

a) *Somatique.* — Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité. Il ne tremble que très peu des mains. Secousses fibrillaires à la langue et aux lèvres dans les mouvements intentionnels.

Pas de troubles vaso-moteurs. Troubles du sommeil ; il dort mal. Peu d'accrocs de la parole courante ; légère dysarthrie ; les pupilles, égales, réagissent paresseusement. Pas de Romberg. Réflexes abdominaux et rotuliens : vifs. Pas d'extension des orteils. Pas de localisation aux grands appareils ; légère leucoplasie buccale.

b) *Psychique.* — Gros trouble de l'idéation ; délire de grandeur systématisé et de satisfaction.

Troubles de l'imagination ; il semble y avoir un délire imaginatif du type Dupré-Logre, non déterminé par des hallucinations.

Troubles de la mémoire : hypomnésie et paramnésie, sans perte de mémoire quand on parvient à fixer son attention. Attention très diminuée, les facultés d'auto-conduction existent, mais sont troublées par une très forte confusion mentale, dans laquelle seul le délire de grandeur est précis avec des détails que le malade explique bien ; c'est un délire de grandeur à fond religieux : il se croit Dieu. Hallucinations de l'ouïe pendant la nuit ; quelques hallucinations autoscopiques. Troubles de l'affectivité ; conscience nulle. Excitation intellectuelle, mimique et somatique. Pas

de troubles du langage ; légère dysgraphie. Pas d'apraxie ; pas d'impulsions.

III. — Examen en juin 1916.

Au point de vue physique, P... a le même aspect qu'en 1914, à très peu de chose près. On note plus de tremblement de la langue et des lèvres ; mais il parle bien, couramment ; quelques accrocs aux mots d'épreuves. Peu de tremblement aux doigts.

Égalité pupillaire; pas d'extension des orteils; pas de leucoplasie.

Au point de vue psychique, même aspect. « Il est Allah, David, il a inventé 9.930 milliards de milliards de choses. Il se croit dans les planètes, où il a placé tous ses amis. Il écrit des cahiers de chiffres, toujours les mêmes. Il est marié avec 84 femmes et 84 filles qui lui ont donné 43 enfants qui sont tous des rois. Il dit qu'il fait beau parce que c'est le nouveau soleil qu'il a créé aujourd'hui. »

Il dort mieux. Il dit ne pas rêver. Hallucinations visuelles et auditives, à fond mystique. Les fonctions somatiques sont bonnes. Il mange bien; il marche : il est toujours en activité dans un délire des plus riches.

IV — Examen du 15 octobre 1916.

Mêmes manifestations de folie de grandeur. Excitation psychique, non somatique. Les pupilles réagissent bien et sont égales. Pas de tremblement des membres. Bonne marche, tremblement de la langue.

Nous ne savons rien de la date du chancre et par conséquent de la période de latence de la syphilis. Mais il est certain que l'infection n'a donné lieu à aucune manifestation cutanée ou muqueuse.

Grave hérédité similaire et collatérale. Irritabilité, nervosité constitutionnelle. Chétiveté, bonne intelligence. La paralysie générale débuta par de l'irritabilité, de l'excitation psychique, par une période d'hyperactivité et du délire de grandeur et d'invention.

La femme n'a pas été contaminée. Chez l'enfant : chétiveté, mais sans signes d'hérédo-syphilis. Développement neurologique dysharmonique; précocité intellectuelle. Somatiquement, P... ne se montre pas atteint. Psychiquement, on est évidemment en face d'une psychose systématisée (délire de grandeur et de satisfaction) avec conscience nulle de sa situation, confusion mentale, désorientation.

A noter : un ictus, sans paralysie ni asthénie consécutives, dans la période du début de la paralysie générale. Cette poussée ne change rien par elle-même au tableau clinique.

OBSERVATION V
(1916)

G..., quarante-six ans. Marié en 1897. Employé de commerce. Entré à Sainte-Anne le 20 avril 1916.

1. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à cinquante-huit ans, d'un cancer à l'estomac. Bon caractère ; alcoolique. La mère morte de tuberculose pulmonaire, à trente ans, nerveuse. Il y a des oncles, tous en bonne santé, dont un spécialement nerveux. Deux frères morts en bas âge. Le malade est né durant la guerre de 1870, et il a souffert par défaut de lait pendant le siège de Paris.

2. — Antécédents personnels

Né à terme. Sa femme ne sait rien de son enfance. Intelligent. Très jeune, il a eu la fièvre typhoïde avec délire. Jamais de maux de tête; nervosité et précocité intellectuelle. Développement neurologique en dysharmonie.

3. — Histoire de la syphilis

La contagion eut lieu il y a vingt ans. G... n'a jamais eu aucune manifestation externe, ni cutanée ni muqueuse.

4. — Début de la paralysie générale

La malade a travaillé jusqu'à la moitié de l'année 1915. Il se disputa alors violemment avec son patron, puis il devint de plus en plus irritable, nerveux, intolérant.

Quand il n'était pas excité il se montrait euphorique, exalté en des projets d'avenir où il « voyait tout en rose ». Poussée de mégalomanie.

Pas d'ictus.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

Femme bien portante, jamais malade. Wassermann négatif. Une seule grossesse ; pas de fausse couche. L'enfant, une fille, est née à terme ; elle a marché à dix mois, dit ses premiers mots à un an, fit sa première dent à six mois et en eut six d'un coup.

Fièvre typhoïde à cinq ans avec délire. Rougeole grave. Actuellement, chétiveté, anémie, mais aucun signe de syphilis héréditaire. Très bonne intelligence ; elle a les premiers prix de sa classe. Wassermann négatif.

6. — État du malade

I. — Quand il commença sa maladie, G... marchait bien, sans aucune incertitude ; il avait une bonne mémoire qui semblait même devenue meilleure. Il faisait beaucoup de calculs dans le sens de ses projets, et ses comptes ne manquaient pas d'exactitude. Il a eu une période d'hyperactivité. Ce qui frappait tout le monde, c'étaient ses projets absurdes, ce changement nerveux de son caractère, sa mégalomanie et son euphorie.

II. — Examen actuel (septembre 1916).

a) *Somatique*. — Myosis, et signe d'Argyll. Exagération des réflexes tendineux, diminution des réflexes cutanés. Pas de troubles trophiques ; tremblements fibrillaires de la langue, et tremblements des membres mais peu accentués. Marche assez bonne ; la parole courante semble normale ; accrocs aux mots d'épreuve. Pas de localisation pathologique aux organes internes. Pas de leucoplasie.

b) *Psychique*. — Troubles de l'idéation ; délire mégalomaniaque ; idée de satisfaction.

Mémoire fort atteinte, surtout la mémoire antérograde. Paramnésie, amnésie.

Attention nulle, ou presque ; confusion mentale ; autoconduction très troublée.

Inconscience complète de sa situation. Troubles des perceptions auditives et visuelles ; troubles de l'affection qui est pervertie.

Émotions : joie et colère.

L'activité générale est en excès, la mimique animée.

Troubles du langage quant à son contenu psychique (dyslogie) et troubles graphiques. Pas d'impulsions ni d'apraxie.

7. — Considérations cliniques

La période du chancre à la paralysie fut de vingt ans. La syphilis se passa sans la moindre manifestation externe.

Pas de leucoplasie.

Double hérédité toxi-infectieuse.

Précocité intellectuelle ; développement neurologique en dysharmonie. Pas de maux de tête.

La paralysie commença par des phénomènes d'excitation, d'hyperactivité, des idées mégalomaniaques, de l'euphorie, sans perte de mémoire.

Le femme ne fut pas contaminée, ni l'enfant. Celui-ci présente une précocité neurologique et intellectuelle notable ; il est chétif, sans signe précis d'hérédo-syphilis.

A l'examen actuel, le malade montre une santé physique qui ne semble pas atteinte ; il marche bien, parle bien, tandis que, au point de vue intellectuel, les troubles psychiques sont très évidents.

OBSERVATION VI
(1916)

D..., cinquante-deux ans. Marié en 1906. Cordonnier. Entré en juin 1916 à l'asile.

I. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à soixante-cinq ans, d'une embolie. Il était bien portant et très gai de caractère. La mère vit,

elle a soixante-quinze ans. Pas de maladie,et bon caractère aussi.

Pas d'oncles ni de tantes.

Trois frères sont de bonne santé, sans troubles de caractère.

2. — Antécédents personnels

Né à terme, D... fut très chétif et petit jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Ses fonctions neurologiques se sont établies avec du retard. Très intelligent. Grande mémoire. Il a fait ses études primaires avec succès, et obtenu une bourse pour un lycée. Caractère gai.

3. — Histoire de la syphilis

Début il y a douze ans, semble-t-il. Sa femme assure n'avoir jamais remarqué de manifestations cutanées ou muqueuses sur le corps ou dans la bouche de son mari. Il n'a jamais pris de médicaments mercuriels ou iodurés.

4. — Début de la paralysie

Les premiers symptômes apparurent en 1914. D... a eu un traumatisme psychique très fort. Il commença à devenir nerveux, avec de l'excitation. Il ne s'est jamais égaré dans la rue, et a toujours fait très bien ses calculs. Il parlait de richesses, de cadeaux pour sa femme ; « il avait une cordonnerie à lui ». Pas de perte de mémoire, pas d'accrocs

de la parole; pas d'ictus, pas de céphalée, pas d'agrypnie. Bon appétit. D... faisait bien ses affaires. Les phénomènes de mégalomanie s'accentuèrent de plus en plus, et les actes extravagants de même.

En mai 1916, on remarquait beaucoup de faiblesse des jambes et des accrocs du langage ; cela passa vite.

5. — Étude du conjoint

La femme est bien portante ; elle n'a rien eu de pathologique après son mariage. Pas d'enfants, à cause semble-t-il, d'une déformation utérine.

Wassermann négatif.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Anisocorie ; la pupille droite est plus grande que l'autre. Pas de réaction, ni à la lumière ni à l'accommodation. Acuité visuelle très diminuée. La langue a peu de vibrations fibrillaires. Pas de leucoplasie.

Peu de tremblements aux membres ; le malade marche bien. Réflexes tendineux diminués. Pas d'extension de l'orteil. Pas de troubles trophiques.

b) *Psychique.* — Euphorie. Idées de grandeur, de richesse, de bonheur, qui forment un délire systématisé. « Il est roi de France et de Portugal ; il s'est marié dix mille fois ; il possède 388 milliards répétés dix fois. »

Troubles de l'imagination ; onirisme. Troubles de la

mémoire et de l'attention. Confusion mentale prononcée. Pas de troubles des perceptions ; affectivité abolie, sentiments d'orgueil et de générosité outrée. Pas de phobies.

L'activité générale est augmentée ; il se promène, quitte son lit. Pas d'apraxie, ni d'actes impulsifs. Il chante habituellement ; conscience nulle de sa situation.

7. — Considérations cliniques

La syphilis mit dix ans environ pour donner la paralysie générale.

La période de latence de l'infection fut caractérisée par l'absence de toutes manifestations syphilitiques externes.

On n'a pas noté d'hérédité nerveuse ; chétiveté ; fonctions neurologiques en retard. Intelligence bonne.

La femme n'a pas souffert de contagion. La paralysie débuta par de l'excitation psychique, une période d'hyperactivité, de la mégalomanie, de l'euphorie ; pas de perte de mémoire ; pas d'accidents somatiques.

L'examen actuel montre l'aggravation des phénomènes délirants (mégalomanie), une grave atteinte des facultés mentales ; un état somatique remarquablement bien conservé durant la période de la maladie.

OBSERVATION VII

(1916)

(Communiquée gracieusement par M. le Dr Stiatti, de Sienne.)

S..., quarante-trois ans. Marié. Commerçant.

1. — Antécédents héréditaires

Père mort vers quatre-vingts ans, sans avoir fait de maladies ; caractère normal.

La mère est vivante et bien portante ; bon caractère.

2. — Antecédents personnels

Né à terme, le malade a dit ses premiers mots à sept mois, fait ses premiers pas à huit mois, il a eu sa première dent à sept mois.

Enfance maladive. Intelligent à l'école ; bon travailleur. Jamais de signes nerveux.

3. — Histoire de la syphilis

Il a eu l'infection à trente-trois ans. Il l'a traitée avec de

l'iode mercuriel, et a paru guéri. Aucune manifestation externe, ni cutanée ni muqueuse.

4. — Début de la paralysie générale

S... a eu les premiers symptômes après huit ans d'infection syphilitique. Aucun traumatisme. Il changea de caractère ; il devint plus irritable, et fit des troubles de la mémoire. Il commença à tenir des propos absurdes, quoique il fut toujours très actif dans ses affaires. Délire de grandeur ; il acheta, un fort prix, du terrain, et construisit une villa superbe, mais sur des plans extravagants ; il l'embellit de marbres et de statues. Il était persuadé d'être devenu très riche. Un jour, il acheta pour dix mille francs de bijoux, fit porter chez lui vingt poulets pour un déjeuner de trois personnes et vingt bouteilles de liqueurs fines ; loua une loge de théâtre. A son état normal, il était économe.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

Quand il se maria S... avait un chancre. Il a contaminé sa femme. Elle devint enceinte après quatre mois et fit un avortement de sept mois. La femme a maintenant une réaction de Wassermann positive. Peu après l'avortement elle a fait une autre grossesse. Enfant né à terme, très chétif, presque toujours malade, très nerveux, avec signes de

syphilis héréditaire. Wassermann positif aussi. Il marcha à dix-neuf mois et mal ; érosion dentaire.

Caractère irritable, et inintelligence complète.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Aucune localisation syphilitique aux organes internes. Inégalité pupillaire et signe d'Argyll. Signes de sénilité précoce. Peu de tremblements aux bras et aux doigts.

Tremblements fibrillaires de la langue. Il parle très bien.

Légère dysarthrie aux mots d'épreuve.

Marche très bien. Très bonne santé.

Pas de troubles trophiques.

b) *Psychique.* — Émotivité. Attention fugitive.

Mégalomanie, euphorie, conscience nulle de sa situation.

7. — Considérations cliniques

Ce cas est un des plus intéressants à notre point de vue. Il semblerait d'abord contredire ce que jusqu'ici nous avons constaté : à savoir que la syphilis sans manifestations externes ne donne pas de contagion chez la femme et la descendance. Dans ce cas nous avons un malade qui a un chancre avec absence complète de manifestations externes, mais grave atteinte psychique et qui contamine sa femme:

celle-ci fait un avortement, et met au monde un autre enfant à terme et avec des signes d'hérédo-syphilis et une réaction de Wassermann positive. Mais rien en réalité ne contredit la règle qui semble bien être générale et observée jusqu'ici. Le malade a fait assurément une syphilis nerveuse; mais il faut remarquer qu'il contamina sa femme dans la période du chancre et que la conception lors de la première grossesse eut lieu en pleine infection, et la seconde quand le chancre était encore par soi-même actif. Dans ce cas rien de plus naturel que les choses se passent comme dans la syphilis banale, directement contagieuse.

Quand les rapports sexuels et les conceptions se produisent en pleine période éruptive ou peu de mois après, la contamination de la femme et de la descendance est toute naturelle et la règle, comme quand il s'agit d'une syphilis banale. Dans notre cas la syphilis qui se montre clairement être une syphilis nerveuse a contaminé la femme et l'enfant à la période d'éruption dans laquelle toute syphilis est encore commune, directement infectieuse, avant qu'elle ne soit différenciée en syphilis nerveuse.

Donc ce cas appartient bien, tant pour la période de latence de la syphilis que pour les manifestations psychopathiques du malade, au groupe de ceux que nous avons vu être déterminés par la syphilis nerveuse: dans ce cas la contamination du conjoint et de la descendance n'est vraiment ni une contradiction, ni une exception, mais un phénomène normal qui arrive si les rapports sexuels et la con-

ception se produisent tout de suite en pleine période de chancre ou dans les quelques mois suivants, avant que la syphilis banale ait eu le temps d'évoluer vers la syphilis nerveuse.

OBSERVATION VIII
(1916)

D..., quarante et un ans.
(Les renseignements sont fournis par sa femme).

I. — Antécédents héréditaires

Le père, mort en 1915, à soixante-quatre ans, d'un ictus, n'était jamais malade. Fort, mais très nerveux, il s'emballait pour un rien et devenait furieux. Intelligent.

La mère, à soixante-cinq ans, est bien portante. Elle a eu neuf enfants, de complexion assez faible. Elle-même est chétive, a des malaises passagers ; se plaint de maux de tête très forts, deux fois par semaine environ. Elle est alors obligée de s'aliter. Caractère vindicatif et méticuleux. Intelligente, avare.

Le malade a des collatéraux, mais on sait peu de choses sur eux. Aucun ne serait malade, mais tous nerveux. Des neuf frères et sœurs, il reste quatre ; les autres sont morts en bas âge. Deux sœurs, de trente et trente-cinq ans, sont

bien portantes, mais souffrent de fortes migraines toutes les deux. Elles sont de caractère nerveux et irritables. La plus jeune marcha à deux ans et parla de bonne heure. Pas intelligente et même sotte et têtue. Chez l'autre, premiers pas, premiers mots et premières dents furent précoces. Elle est intelligente.

Un frère de vingt ans fut en retard dans son développement infantile. Pas intelligent. Nerveux.

2. — Antécédents personnels

Né à terme, D... marcha à quatorze mois, parla à dix-huit mois, eut sa première dent à six mois. Il urina tard au lit. Forts maux de tête circulaires. Il a eu presque toutes les maladies de l'enfance, pas de fièvres avec délire. Plus intelligent que ses camarades ; bonne scolarité. Caractère gai ; il ne se préoccupait de rien, ayant peu de réflexion. Irritable et coléreux. Il s'est toujours bien porté. Il se maria à trente-six ans. Sa femme n'a jamais remarqué de taches sur sa peau ni de plaques dans sa bouche.

3. — Histoire de la syphilis

D... a eu son chancre à vingt-six ou vingt-sept ans; il s'est soigné. Il n'a jamais eu rien d'anormal ensuite.

4. — Début de la paralysie

Le malade a subi, du fait de la déclaration de guerre en

1914, une forte émotion. Il ne parlait que d'elle et s'excitait beaucoup. Légère perte de mémoire. Il était devenu plus nerveux. Douleurs d'estomac. Le 18 décembre 1914, en quittant sa mère, il eut avec un profond chagrin une aphasie qui dura deux heures. Il était très pâle de visage. Il a parlé depuis sans accrocs En juin 1915 dans ses lettres il oubliait les trois quarts des mots. L'idéation restait assez bonne, mais l'écriture tremblait. Quand il retourna chez lui au commencement de 1915, dit sa femme, « on voyait qu'il était fou, quoique en bonne santé ». Il marchait bien, accusait très peu de tremblement aux mains, et parlait couramment, sans accrocs. Il avait le regard fixe et brillant. Subitement se manifestèrent ses idées de grandeur : propos absurdes de faire de grandes choses dans son métier, d'acheter une maison de campagne, de faire des cadeaux etc. Physiquement il était excité aussi : il marchait et remuait beaucoup. Son sommeil était très agité ; il voyait des boches dans sa chambre. Forts maux de tête.

Il ne s'est jamais égaré dans la rue. Il a maigri progressivement et son agitation physique et psychique a augmenté avec sa mégalomanie et ses idées de jalousie. Il fut réformé n° 2 en janvier 1915 pour début de paralysie. Wassermann positif.

5. — Etude du conjoint et de la descendance

Femme toujours bien portante ; Wassermann négatif ; deux grossesses. La première, rapprochée du mariage, lui

donna un garçon, né à terme, qui eut sa première dent et dit ses premiers mots à sept mois, marcha à un an très bien, urina au lit jusqu'à deux ans. Voûte palatine très ogivale. Chétif. Il a eu varicelle, rougeole et bronchite. Pas de fièvres ; pas de convulsions. Très intelligent et précoce, d'un jugement supérieur à son âge. Gai et joueur. Bonne scolarité. Le Wassermann est négatif.

A la deuxième grossesse, une fille est née à terme, eut sa première dent et prononça ses premiers mots à sept mois, marcha à treize mois. Très forte ; a fait une rougeole. Pas de fièvres ni de convulsions ; pas de maux de tête. Elle se porte bien. On n'a pas fait d'analyse du sang chez elle.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Pupilles rigides et inégales, la droite étant plus grande que l'autre. Les réflexes tendineux sont très vifs ; les réflexes cutanés, diminués. Bonne motilité ; pas de tremblements. Le langage est correct. Pas de leucoplasie buccale. Les fonctions trophiques sont bonnes.

b) *Psychique.* — Altération de l'idéation ; idées de richesses et de jalousie.

Troubles de l'imagination, avec tendance mythomaniaque ; l'attention est très affaiblie ; la mémoire est bonne, même avec de l'hypermnésie ; pas de confusion mentale ni de troubles des perceptions. Nous n'avons pu saisir d'hallucinations visuelles comme il en eut chez lui (vision d'ennemis).

L'affectivité est pervertie ; il est jaloux. Il dit que sa femme l'a fait enfermer et qu'elle veut le supprimer. Hypermimie. Excitation psycho-somatique. Pas de troubles de l'écriture.

7. — Considérations cliniques

L'infection apparaît bien comme donnée par une syphilis nerveuse.

La période latente fut de douze ou treize ans.

Double hérédité nerveuse. Bonne intelligence. Maux de tête dans l'enfance. Développement dysharmonique. La paralysie débuta par des troubles psychiques (mégalomanie), de l'excitation psychomotrice, des idées de jalousie. Il est à noter que l'idée de jalousie donna lieu à un délire de persécution qui se greffa sur le délire préexistant.

A cette époque, comme plus tard, la santé physique du malade s'est toujours montrée très bonne.

La femme ne fut pas contaminée. Les enfants sont l'un chétif, l'autre très fort (ce qui semble obéir à la loi de la descendance des paralytiques généraux). Développement neurologique précoce. Intelligents. Pas contaminés.

OBSERVATION IX
(1916)

(La communication de ce cas est due à l'obligeance de M. le Dr Lenoble.)

L..., trente-huit ans. Architecte. Interné le 5 octobre 1916.

1. — Antécédents héréditaires

La mère est morte d'une fièvre typhoïde pendant qu'elle allaitait le malade ; le père mourut à soixante-dix-sept ans, d'un cancer à l'estomac.

Une sœur est morte ataxique, à cinquante et un ans.

2. — Antécédents personnels

Rhumatisme dans l'enfance et à l'âge adulte. Chancre à vingt-huit ans. Coliques hépatiques à la même époque.

Marié à trente et un ans. Sa femme est bien portante. Pas de fausses couches. Un enfant mort à dix-neuf mois, en deux heures, de rougeole compliquée de méningite. Un autre enfant né à terme, a deux ans et demi ; bien portant.

Le malade faisait ses études d'architecte à Paris, à l'École des Beaux-Arts ; il eut, vers vingt-sept ou vingt-huit ans, un chancre qu'il soigna pendant deux ans par des piqûres d'huile grise et son médecin l'autorisa à se marier à l'âge de trente et un ans.

Sa femme le considère comme un homme sérieux, enclin à la fatigue et à la dépression intellectuelle ; elle nous dit que cinq ou six mois après son mariage, le malade eut des crises d'estomac très violentes, avec brûlures ; deux ou trois coliques hépatiques, avec ictère, et des douleurs fulgurantes à plusieurs reprises. A la déclaration de guerre il partit à Châlons comme sergent infirmier, et y resta jusqu'en septembre 1914 ; envoyé alors à Vittel, il y fit une crise de colique hépatique. Il passa quinze jours de permission militaire à Paris, et à cette date sa femme constatait quelques troubles de la marche chez le malade, qui tomba une fois dans son escalier.

Le 4 février 1915, il était à Dunkerque ; une auto militaire le renversa et le traîna quelques mètres ; il n'eut qu'une fracture du bras droit et fut traité deux mois à l'hôpital militaire ; proposé pour la réforme n° 2 en avril, il rentra chez lui à Paris. Les troubles de la marche apparurent, il fit une nouvelle chute, et se cassa de nouveau le bras au même endroit que la première fois ; ce qui nécessita un traitement de six semaines.

A cette époque, il était d'une nervosité exagérée, avec un gros appétit et de l'amaigrissement à la fois. Puis les crises gastriques réapparurent ; on lui fit une série de piqûres d'hectine. L... avait beaucoup de difficulté à descendre et monter un escalier, ce qui lui causait d'assez grandes appréhensions, au point qu'il tremblait et claquait des dents avant d'entreprendre ce geste, tout en soutenant qu'il n'avait pas peur. Ses mouvements étaient lourds et saccadés ; il marchait assez bien sur terrain plat. En juillet 1915, se promenant avec sa femme au Bois de Boulogne, il voulut entrer au Jardin d'Acclimatation au moment de sa fermeture, en dépit de toutes les objections qu'on lui fit. Il ne s'occupait de rien dans ses promenades, commandait ce qui lui plaisait chez des fournisseurs et ne voulait pas payer.

La notion de l'heure s'effaçait de plus en plus ; et il lui arrivait de s'égarer, sonnant à l'étage inférieur au sien.

En quittant Paris (août 1915) pour se fixer à la campagne il prit un train trop tôt, sans s'occuper de ses bagages et de sa famille, et s'en aperçut à une station de ceinture. A cette époque il était sujet à de fréquents accès de colère. Il allait à la pêche tout le temps et seul, et, perdant la notion de l'heure de plus en plus, il rentrait à la nuit noire et « c'est miracle, dit sa femme, s'il ne s'est pas noyé ». Il fit une forte crise nerveuse, à la suite de laquelle il resta huit jours alité, dont deux sans vouloir prendre aucune nourriture. Faisant de la photographie, en quoi il réussis-

sait habilement autrefois, il ne peut plus exécuter aucune épreuve, laissant parfois ses châssis poser plusieurs heures et même toute une journée au soleil. Il passa ainsi des jours entiers dans son cabinet noir, y faisant un gâchis énorme, pour plusieurs centaines de francs de papier et de pellicules; on ne lui en rapportait plus, ce qui occasionnait des scènes terribles de colère.

L... ne voulait pas recevoir de visites ; il défendait sa porte à son oncle, et un jour chassa une amie de sa femme qui venait la voir de Paris. Il restait quelquefois des heures entières sans causer, ou parlait de choses banales, d'une façon décousue. Il lui est arrivé en chemin de fer de dépasser sa station, et d'être obligé de revenir en arrière. Il avait des accès d'antipathie tantôt pour sa femme et tantôt pour son enfant ; « il prit en grippe » son beau-père, à la suite d'une discussion.

Revenu à Paris en septembre 1915 le malade présenta des idées délirantes de grandeur ; il écrivit à plusieurs ministres, envoya des messages au Président de la République, etc. Le 5 octobre on le conduisit à la maison de santé.

4. — État actuel

Tabes et mégalomanie. Il se dit « le roi d'Hectine » (?); « il construit des maisons avec un toit en diamants ». Idées de satisfaction : il ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Désorientation. Inconscience. Il est sensiblement mieux du côté physique. Il marche sans qu'on le soutienne.

5. — Écrits du malade

Dans son excitation psychique, L... a écrit deux lettres de façon assez courante, nette et sans tremblement.

Lettre du 15 septembre 1915 au journal le Matin :

« Cri d'alarme à l'humanité :

Depuis plus d'une année la plus sanglante guerre qui ait jamais existé nous bouleverse. Non seulement l'Europe presque tout entière, mais encore les Etats-Unis, le Canada, le Japon, les Indes Anglaises, presque toute l'Afrique et l'Australie, sont en guerre.

C'est une guerre universelle.

Il ne serait pas équitable que les héroïques combattants, qui donnent leur vie pour défendre la liberté, ne profitent pas eux aussi du dur labeur dont ils pourront à juste titre s'enorgueillir.

Tout, autour de nous aussi bien que dans le monde libéral, est voué à la vie éternelle.

Ce n'est pas à moi à discuter l'erreur que l'humanité a commise pendant de nombreux siècles, surtout sachant que nos ancêtres vivaient un nombre de siècles respectable.

Pourquoi cette tradition s'est-elle perdue ?

Il faut bien avouer aussi que l'alcool a contribué dans une large mesure, à abréger la durée de la vie humaine. Je

crois pouvoir dire que ma lettre révolutionnera l'humanité tout entière, ce dont à juste titre je me montrerai très fier. »

Signé L...

Une autre lettre, du 30 septembre 1915, était adressée au Président Poincaré pour qu'il lui fixât « une audience » dans le commencement de la semaine prochaine.

Dans une autre, du 11 octobre, il lui demandait de lui envoyer dix mille francs. Une autre encore est adressée à Dieu, où il est dit : « aussitôt la série des piqûres (d'hectine) terminée, c'est-à-dire le 19, je ferai convoquer les Chambres ; j'adopterai le petit chapeau de Napoléon », etc. Ces lettres sont écrites couramment, avec un peu de tremblement, mais sans dysgraphie.

6. — Considérations cliniques

A l'analyse de ce cas on remarque ceci :

L'infection a les caractères de la syphilis nerveuse ; entre le chancre et la paralysie, il n'y a eu aucune manifestation secondaire. La période de latence a été de dix ans. A l'éclosion de la paralysie il y a eu un traumatisme : chute, avec fracture du bras droit ; puis seconde chute suivie de phénomènes psychiques : irritabilité et accès de colère. Boulimie, avec une période de sitiophobie.

L'altération psychique se révéla par des achats exagérés, des manquements à la politesse chez un sujet qui s'en sou-

ciait auparavant, une altération du ton affectif, et surtout par le délire de grandeur, l'euphorie qui ne le quitta plus.

Nous sommes en présence d'un sujet gravement atteint du côté psychique ; et beaucoup moins atteint du côté physique. En effet, quoique tabétique, il marchait sans qu'on le tienne ; et dans ses lettres il témoigne de bonnes qualités graphiques, presque sans tremblement.

OBSERVATION X
(1916)

(Cette observation est due à l'obligeance de M. le Dr Lenoble.)

La..., quarante-quatre ans. Entré le 11 avril de la dite année.

I. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à soixante-cinq ans, d'une affection nerveuse indéterminée que la famille appelle « névrose généralisée ».

La mère est morte accidentellement, écrasée par un tramway ; un frère de quarante-trois ans est bien portant, actuellement à la guerre ; un autre frère est mort à l'âge de six ans, d'appendicite ; un troisième, à trente-huit ans, d'une embolie.

2. — Antécédents personnels

En bas âge, coqueluche, rougeole ; à quatre ans : diarrhée de nature inflammatoire. Engagé volontaire à vingt ans, il fit au régiment une pleurésie gauche, qui fut grave et nécessita cinquante-quatre jours de traitement, à la suite de quoi il fut réformé.

A vingt-trois ans, il eut des crises gastriques suspectes. Il fit encore une période militaire de vingt-huit jours, puis réformé de nouveau. Pas de chancre avoué. Marié à trente et un ans. Sa femme paraît chlorotique ; elle a eu deux enfants, à terme ; pas de fausse couche.

3. — Histoire et symptôme de la maladie

Après sa réforme militaire, La..., prêta serment et fut inscrit comme avocat à la Cour de Paris. Prenant beaucoup d'intérêt à la politique, il se présenta comme candidat aux élections municipales et échoua, ce qui lui fut une grosse déception.

Plus tard il fut élu à une forte majorité, sans en éprouver cette fois de satisfaction. La guerre actuelle lui a fourni un travail excessif qui s'est accompagné chez lui de dépression et de troubles de la mémoire.

En 1911, La... avait éprouvé quelques troubles de la vue,

avec difficulté à supporter la lumière, et des troubles auditifs avec demi-surdité intermittente.

En 1914, ces troubles sensoriels s'accompagnent de troubles psychiques plus marqués : accès de tristesse, avec crises de pleurs, troubles profonds du caractère et de l'humeur, tendance marquée à voir tout en noir, explosions subites de colère pour des sujets insignifiants. Avec ses amis, irritabilité, agressivité, tendance aux idées de persécution ; chez lui , impulsions irrésistibles à critiquer sévèrement son entourage familial, avec autant d'exagération que de manque d'à-propos devant des étrangers, sans d'ailleurs y prêter attention et cela avec une note d'affectivité émotive anormale et des appellations trop passionnées pour sa femme et ses enfants.

En 1915, on note de l'insomnie, de l'amaigrissement, un affaiblissement de l'intelligence avec diminution de l'attention et de la mémoire des faits récents : « il va au Palais un jour pour plaider une affaire qui devait l'être deux jours auparavant » ; crises de découragement : « Je vais mourir, je n'ai plus de forces ; » excentricités : un de ses collègues raconta l'avoir vu à cheval sur une corde qui servait d'enceinte à une station de tramway et proférant des propos extravagants ; achats anormaux, dépenses injustifiées ; manifestations puériles d'un patriotisme exalté : il prétend remplir un devoir patriotique en soulignant quatre grandes pages du journal *le Temps*. Alternatives d'exci-

tation et d'abattement avec sensation de vide dans la tête ; pérte de la notion de l'heure.

A son entrée dans la maison où il fut soigné, on a noté : Intelligence affaiblie avec lacunes dans les conceptions, défaut de suite dans les projets ; impuissance de terminer une chose commencée : hésitation du langage.

Anesthésie superficielle et testiculaire.

Insomnie nocturne. Tendance à la constipation, et troubles digestifs déjà signalés.

Diminution de l'attention, de la volonté, de la mémoire des faits récents ; optimisme exagéré ; il dit parfois qu'il n'est pas malade. Instabilité des doigts ; affaiblissement musculaire léger. Fatigue rapide et lourdeur de la marche qui est lente.

Les réflexes tendineux sont exagérés. Le crémastérien aboli. Pas de Babinski. Clonus du pied droit. La sensibilité cutanée est conservée ; pas de retards des perceptions au toucher, à la piqûre et à la chaleur.

Pas d'analgésie du cubital à la pression.

Appareil digestif. — Boulimie : tendance marquée à la constipation. Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Appareil respiratoire. — Légère submatité en avant et à gauche ; exagération du murmure vésiculaire à droite avec retentissement de la toux.

Appareil circulatoire. — Rien d'anormal au cœur ; pouls régulier.

Organes des sens. — Myosis. Signe d'Argyll.
Examen du sang : Wassermann positif.

7. — Considérations cliniques

On ne peut savoir la date de l'infection syphilitique, mais, semble-t-il, on pourrait la placer assez vraisemblablement à vingt-cinq ans, lors de la période militaire de vingt-huit jours. En tous cas, de l'absence des manifestations cutanées ou muqueuses, nous pouvons conclure que nous sommes en présence d'une syphilis nerveuse. Il faut noter la névrose du père. La femme n'a pas fait de fausses couches, signe qui nous autorise, quoique nous n'ayons pas eu le résultat de la réaction de Wassermann, à penser qu'il n'y a pas eu de contamination syphilitique.

La période écoulée entre le chancre et l'éclosion de la paralysie générale peut être, avec assez de probabilité estimée à douze ans environ.

Les premiers symptômes de la paralysie remontent à 1905, quand le malade avait trente-trois ans. Nous trouvons : modification de caractère, irritabilité, accès de colère, hyperactivité, excitation motrice. La santé physique du malade, comme dans les cas où il s'agit de syphilis nerveuse, ne présente pas d'altérations dues à l'infection syphilitique. Les crises gastriques sont dues sans doute aux habitudes alcooliques avérées.

A l'examen actuel on a remarqué : caractère excitable,

irritable et agressif, avec tendance au délire de persécution, idées de grandeurs, crises de patriotisme exalté, et des épisodes de dépression qui ne changent pas la physionomie psychique du cas.

Physiquement on note, comme c'est la règle dans ces cas, peu de troubles. Le tremblement est menu et dû peut-être à l'éthylisme ; il n'y a pas de lésions syphilitiques aux grands organes.

OBSERVATION XI

(1916)

(Cas personnel de l'auteur).

P..., trente ans. Comptable dans une banque. Marié à vingt ans.

1. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à trente et un ans, de pneumonie. Très bien portant toute sa vie, calme de caractère.

La mère, jamais malade, est nerveuse et irritable.

Les ancêtres sont morts vieux. La nervosité semble avoir dominé dans la famille.

2. — Antécédents personnels

Né à terme. Il eut sa première dent à sept ou huit mois,

marcha à dix mois, parla à un an. A l'âge de quatre ans, il tomba d'un train, et resta deux heures évanoui.

Fièvre vers sept ans, avec délire. Toujours nerveux et très remuant. Bonne intelligence et bonne scolarité.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre à dix-huit ans, soigné par un spécialiste. P... n'a jamais eu aucune manifestation secondaire ou tertiaire, ni altération fonctionnelle des grands organes.

•

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes parurent tout récemment. Le malade devient plus actif que jamais, il travaille plus qu'il ne lui est demandé ; il se charge d'occupations étrangères à son état. Il se lève la nuit pour organiser des projets d'affaires audacieux, mais assez bien combinés. Peu à peu il devient irritable ; il n'est content que si on ne le contredit point, il parle de gagner des millions ; il écrit à profusion. Un jour rencontrant une opposition, il frappe son interlocuteur ; l'incident a une suite judiciaire qui se termine par l'internement du malade dans une maison de santé où on le fait entrer avec beaucoup de peine.

Le Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien fut reconnu, à ce moment, positif.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme est très bien portante et n'a jamais eu rien d'anormal dans sa santé. Wassermann négatif. Une première grossesse après trois ans de mariage fit naître une fille qui marcha à neuf mois, dit ses premiers mots à sept mois, eut sa première dent à six mois. Propre de bonne heure. Chétive, mais jamais malade. Très intelligente. Dans la première enfance, fièvre avec délire. Irritable et remuante.

Deuxième grossesse : un garçon qui parla à un an, eut sa première dent à six mois, marcha à dix mois. Propre de bonne heure. Peu robuste, mais de bonne santé. Intelligent; moins nerveux que sa sœur.

Le Wassermann des deux est négatif.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.*—Myosis; anisocorie, la pupille droite plus grande que la gauche. Signe d'Argyll Robertson. Pas de leucoplasie. Pas de tremblement fibrillaire aux mains, pas à la langue. La marche est normale; le malade remue beaucoup.

Réflexes tendineux exagérés, réflexes cutanés diminués; pas d'extension de l'orteil.

Pas d'affaiblissement musculaire. Pas de dysarthrie. Pas

de troubles psychographiques ni calligraphiques. La sensibilité générale et spéciale est intacte.

Rien d'anormal aux grands appareils.

Pas de troubles trophiques. Insomnie ; constipation et anorexie.

b) *Psychique.* — État d'excitation. Le malade se révolte contre tous ; il crie qu'on l'a mis en prison, qu'il veut sortir pour ses affaires qui sont en souffrance. Accès de colère violente. Il montre dans toute son évidence la folie de grandeur ; il parle d'affaires, de millions, de récompenses motivant sa sortie.

Il croit que c'est sa femme qui l'a fait enfermer d'accord avec son directeur de banque dont elle serait la maîtresse.

Excitation génitale.

Ni troubles de la mémoire, ni confusion mentale.

Troubles du sens affectif, de l'attention qui, en dehors de son délire de grandeur, se fixe avec peine.

Pas de troubles de perceptions ; quelques illusions, surtout la nuit.

Toujours coléreux et agressif. Hypermimie ; actes impulsifs contre les infirmiers.

7. — Considérations cliniques

Nous sommes en présence d'une syphilis nerveuse ; aucune manifestation externe.

La période de latence a été de douze ans. Hérédité nerveuse chez le malade, et nervosité constitutionnelle.

Pas de maux de tête.

Les premiers symptômes de la paralysie ont été de l'excitation psychique et motrice, un changement de caractère, de l'impulsivité, de la mégalomanie, sans perte de mémoire, tandis qu'on n'a rien à noter d'anormal dans la santé physique. Aucune contamination chez le conjoint ni les enfants ; ceux-ci, quoique un peu chétifs, se portent très bien et sont intelligents.

OBSERVATION XII

(1916)

(Cas personnel de l'auteur.)

F..., trente-six ans. Commerçant. Marié à vingt-sept ans.

I. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par la femme du malade. — Le père, mort à cinquante-cinq ans, était buveur et très coléreux. De bonne santé habituelle, il mourut de pneumonie. La mère, morte à quarante-cinq ans, d'un cancer au foie.

Les collatéraux paternels dénotent un caractère nerveux ; un oncle maternel mourut de tuberculose.

2. — Antécédents personnels

F... est né à terme, marcha à onze mois, dit ses premiers mots à neuf mois, eut sa première dent à huit mois. Il urina tard au lit. Dans son enfance : coqueluche et scarlatine. Il a fait du délire à l'état de fièvre. Bonne scolarité, intelligent, caractère irritable et coléreux. Bonne santé, malgré faiblesse de constitution. Marié, il a une fille aujourd'hui bien portante.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre à vingt-trois ans, qui ne fut pas soigné. Jamais de manifestation externe de syphilis, ni d'altérations fonctionnelles. La femme n'a jamais remarqué rien d'anormal sur la peau de son mari.

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes apparurent tout récemment par une subite modification de son caractère : il devint plus coléreux, irritable, exalté et généreux à l'excès tandis qu'auparavant il était plutôt avare.

Il prête de l'argent qui n'est pas le sien, il fait des achats de choses qui ne sont pas utiles, il achète des cadeaux à sa femme avec de l'argent qu'il devait placer en banque, il se croit millionnaire, il fait des projets absurdes. Sa femme essaie de le rappeler à la réalité; il la frappe.

Visité par le médecin de famille, il fut interné dans une maison de santé non sans qu'il ait fallu ruser avec lui pour l'y faire entrer.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme est bien portante. Elle n'a jamais rien eu d'anormal, quoique assez anémique. Wassermann négatif. Elle a eu une grossesse; une fille née à terme, qui parla à un an, eut sa première dent à six mois et marcha à deux ans. Propre de bonne heure. Fièvre avec délire. Précoce d'intelligence; irritable et entêtée. Maintenant elle est de santé assez fragile, mais pas malade.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Anisocorie, la pupille gauche plus dilatée que la droite; signe d'Argyll Robertson.

Petits mouvements fibrillaires de la langue; pas de leucoplasie buccale.

Très léger tremblement des doigts.

Réflexes tendineux exagérés, cutanés diminués; pas de signe de Babinski.

Parole courante, sans accrocs aux mots d'épreuves.

Ecriture bonne, pas de troubles trophiques ni de lésions internes.

b) *Psychique.* — État d'excitation du malade; il crie, il

se remue beaucoup et tient des propos vindicatifs contre ceux qui l'ont fait enfermer. Longues périodes de mutisme.

Quand il est plus calme, il parle des immenses bénéfices qu'il réalisera quand il sera sorti de l'asile. Il écrit des lettres d'affaires correctement, où il établit des calculs qui sont exacts, mais de proportions insensées.

Accès de colère violente, comme de véritables crises maniaques dans lesquelles il faut l'isoler.

Délire imaginatif, sans hallucinations ; hyperamnésie et idéorrhée ; attention très diminuée, pas de confusion mentale ; pas de troubles des perceptions ; sens affectif perverti ; excitation du sens génital et de l'activité générale.

Hypermimie ; pas d'apraxie ; graphorrhée sur feuilles de papier lisibles et propres avec des adresses correctes.

7. — Considérations cliniques

Il faut noter dans ce cas, comme dans ses semblables : syphilis nerveuse (il n'y a aucune manifestation externe).

Période latente de treize ans ;

Précocité intellectuelle et développement neurologique dysharmonique, chétiveté organique.

La paralysie débuta par des phénomènes d'hyperactivité mentale et motrice, avec mégalomanie.

Aucune localisation sur les organes, et intégrité somatique apparente.

Femme non contaminée ; enfant chétif, intelligent, sans aucun signe de syphilis héréditaire.

OBSERVATION XIII
(1916)

B... trente-cinq ans, architecte, marié à vingt-cinq ans. Entré dans une maison de santé en février 1915.

1. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à soixante-cinq ans, d'un cancer à l'estomac ; il avait été toujours bien portant ; caractère irritable et instable.

La mère mourut à cinquante-cinq ans, de néphrite ; sans maladie durant toute sa vie, mais chétive ; caractère irritable.

On ne sait rien des collatéraux.

2. — Antécédents personnels

B... est né à terme ; il a été précoce dans son développement neurologique ; il a eu la scarlatine, et de la fièvre avec délire ; jamais malade ensuite ; bonne scolarité ; intelligence vive ; caractère coléreux et imaginatif.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre à vingt ans environ, soigné, suivi d'aucune manifestation externe cutanée ou muqueuse ; pas d'altération fonctionnelle des organes internes ; le malade ne s'est jamais plaint de rien.

4. — Début de la paralysie générale

Excitation psycho-motrice récente ; ardeur excessive au travail. Le malade entra d'abord dans une vraie période hyperproductive. Il assume la direction de plusieurs entreprises, qu'il dirige bien, mais non sans inquiéter son entourage à cause des risques. Il songea à s'intéresser à des essais de littérature commencés dans sa jeunesse mais abandonnés depuis ; il fit des achats de documents et d'ouvrages beaucoup plus importants qu'il ne fallut ; il se croyait devenu riche et acheta un terrain sur un bord de mer pour construire une villa.

Accès de colère violente contre tous ceux qui le contredisent, contre sa femme quand elle le prie de ne se pas lever la nuit pour faire ses calculs ou lire à haute voix des vers composés par lui ; ce sont alors des scènes violentes.

Il fit un devis de construction tellement fantastique que les premiers soupçons d'un dérangement psychique se posèrent. Vu par un médecin, qui conseilla d'abord l'exa-

men du Wassermann, il voulut s'opposer à son entrée dans une maison de santé, conseillée par lui.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme n'a jamais été malade, ni avant ni après son mariage.

Wassermann négatif.

Une grossesse ; enfant né à terme qui parla à un an, marcha à dix mois, eut sa première dent à six mois. Intelligence précoce. Sans robustesse, il n'est pas malade. Scarlatine ; fièvre avec délire ; maux de tête de temps en temps.

Wassermann négatif.

6. — Examen a son entrée

a) *Somatique.* — Anisocorie (pupille gauche plus grande que la droite) ; signe d'Argyll-Robertson ; pas de tremblements fébrillaires de la langue ; pas de leucoplasie.

Les réflexes cutanés sont abolis, les tendineux exagérés. Pas de signe de Babinski.

La marche est très bonne, et le malade n'arrive pas à se fatiguer. Écriture courante ; on n'y relève rien d'anormal ; seulement la loupe peut y découvrir un très fin tremblement dans les lignes ascendantes des lettres.

Logorrhée ; pas d'accrocs aux mots d'épreuve.

Rien d'anormal aux grands organes ; fonctions trophiques bonnes.

b) *Psychique.* — Troubles de l'idéation avec mégalomanie. Si l'on demande au malade comment il gagnera tant d'argent, il l'établit par des calculs qui se trouvent exacts.

Troubles de l'imagination ; mythomanie et paramnésie.

Attention faible ; il se laisse facilement distraire quand on lui parle.

Aucun signe de confusion. Le malade est bien orienté dans le temps et l'espace.

Pas de troubles des perceptions.

Troubles de l'affectivité qui est pervertie et exagérée.

Excitation psychique persistante.

Pas d'apraxie.

Actuellement (juillet 1916). — B... est moins maigre et ne révèle pas de troubles somatiques ; il marche bien ; les fonctions trophiques sont bonnes. L'irritabilité psychique est diminuée ; l'état démentiel est nettement établi, dans lequel le délire de grandeur est très vaste. Le malade se plaint moins de son internement ; il est euphorique.

7. — Considérations cliniques

Nous sommes en présence d'une syphilis nerveuse (sans manifestations externes). La période latente a été de quatorze ans.

Double hérédité similaire du malade.

Précocité, irritabilité.

La paralysie débuta par une excitation psychomotrice,

une période d'hyperproduction, de la mégalomanie et ensuite de l'euphorie, sans désordres du côté somatique.

La femme n'est pas contaminée ; elle est bien portante.

Leur enfant n'a aucun signe d'hérédo-syphilis ; il a de la précocité neurologique et psychique.

OBSERVATION XIV

(1916)

(Notes dues à l'obligeance de M. le Dr Delmas.)

B..., quarante-deux ans. B... est entré à la maison de santé en mai 1916. Interné une première fois en 1914 pendant onze mois, il eut une rémission de six mois.

I. — Histoire de la maladie

Le malade a eu la syphilis à vingt ans ; chancre sans aucune manifestation. Le malade se laisse mal examiner.

Sommairement on a noté : myosis ; rigidité pupillaire ; réflectivité tendineuse exagérée, et cutanée diminuée ; pas de tremblements. Il marche bien. Pas d'ictus.

B... parle couramment, sans accrocs.

Santé physique bonne.

Excitation somatique et psychique continue ; il proteste contre son internement, et dit qu'on lui fait perdre des millions.

Mégalomanie très marquée ; euphorie intense. Les idées délirantes absorbent toute son activité intellectuelle.

Périodes de négativisme, dans lesquelles B... refuse même à son domestique d'entrer dans sa chambre.

Troubles des perceptions ; le soir parfois il entend des voix et leur répond. Idéorrhée ; paramnésie ; mythomanie.

2. — Considérations cliniques

Nous sommes ici encore en présence d'une syphilis nerveuse qui a donné la paralysie caractéristique, avec troubles psychiques très marqués (délire de grandeur, hallucinations auditives, mythomanie), et rien de notable au point de vue somatique.

L'excitation et l'absence d'ictus sont remarquables.

La période latente de la syphilis a été de vingt ans environ.

OBSERVATION XV

(1916)

(Notes dues à l'obligeance de M. le Dr Delmas.)

M... (maladie en évolution depuis un an).

Date inconnue du début de la syphilis ; mais on sait qu'elle a évolué sans la moindre manifestation externe, cutanée

ou muqueuse, et sans symptômes d'altération fonctionnelle.

Le début de la paralysie a été marqué par de l'excitation avec conservation des facultés psychiques.

A l'examen actuel, le malade montre une bonne santé physique ; la marche est bonne et rapide ; il parle correctement, sans accrocs ; il est orienté dans le temps et l'espace ; il lit le journal, il est au courant des faits du dehors. Il n'aime pas qu'on le questionne. Mégalomanie très prononcée ; il parle sans cesse de millions.

Une fois ou deux par semaine, il a des crises de négativisme ; il devient sitiophobe ; il ne veut pas quitter sa chambre.

D'un rapide examen somatique que nous avons pu faire, il faut noter : anisocorie (la pupille droite plus grande que la gauche), et rigidité à la lumière.

Les réflexes tendineux sont très vifs.

M... est marié ; sa femme se porte bien comme avant son mariage ; la réaction de Wassermann chez elle est négative.

Ils ont un garçon et une fille qui se portent bien et sont intelligents. On n'en sait rien de plus.

Le Wassermann, chez l'un comme chez l'autre, est négatif.

Considérations cliniques

Ce cas témoigne d'une syphilis nerveuse qui n'a donné

aucune manifestation externe, ni contamination chez la femme et les enfants. La paralysie débuta, et a continué, par les phénomènes d'excitation psychique, de l'euphorie, de la mégalomanie, allant avec une bonne santé physique

OBSERVATION XVI

(1916)

H..., trente-huit ans. Pâtissier. Marié à trente ans. Interné le 17 octobre 1916.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Le père est mort à soixante-dix-huit ans ; il était très nerveux, mais toujours de bonne santé.

La mère morte en couches, à la naissance du malade. Nerveuse.

Un frère est mort d'accident ; il était bien portant.

2. — Antécédents personnels

Le malade eut un développement neurologique en dysharmonie. Sa seule maladie a été la scarlatine. Intelligent, de caractère plutôt nerveux.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre vers vingt ans, sans aucune manifestation externe.

4. — Début de la paralysie générale

Le malade, habituellement pensif, est renfermé, parlant très peu, mais s'emballant pour un rien. Les premiers symptômes de la paralysie remontent à 1911. Il devient alors plus nerveux, frappe sa femme violemment, chose qu'il n'avait jamais faite ; il se montrait également jaloux. Il espérait gagner de l'argent, parce qu'un numéro de loterie devait, en sortant, l'enrichir ; dans sa mégalomanie, il songeait à une extension exagérée de son commerce. Boulimie ; pas d'habitudes alcooliques. A cette époque, il ne tremblait pas ; il n'avait pas d'accrocs de la parole.

Cet état demeura stationnaire pendant des années.

Au début de la guerre actuelle, H... s'étant engagé volontairement, fut réformé pour varices, mais il se vantait ensuite d'avoir été blessé à la victoire de la Marne ; il était vantard, lui si réservé auparavant. Il devenait très brutal, frappant de plus en plus sa femme, et payait même quelqu'un pour la faire surveiller.

Le 15 octobre 1915, il ne rentra pas chez lui, sans qu'il y ait eu de scène plus violente avec sa femme. Un an absent,

quoique n'ayant pas quitté Paris, il ne fit jamais rien pour revoir sa femme et son enfant.

Il rentra à son foyer en octobre 1916, d'une allure très naturelle, comme s'il avait quitté sa femme la veille.

Il se mit à causer aussitôt de ses richesses, montrant des billets de cent francs qui n'étaient que des papiers de réclame distribués dans la rue ; il parlait de faire des cadeaux à sa femme, de bijoux, d'un appartement nouveau, etc... Le soir il regardait le ciel, disant qu'il prenait des plans de la lune.

Il arrêta dans la rue des passants, disant qu'il était de la police et leur demandant leurs papiers.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme fut toujours bien portante : son Wassermann est négatif.

Pas de fausses couches. Une grossesse lui donna un garçon qui marcha à dix-huit mois, prononça ses premiers mots à deux ans, eut sa première dent à dix mois, urina au lit jusqu'à quatre ans. Broncho-pneumonie à quinze mois ; rougeole et coqueluche ensemble. Pas de délire, pas de maux de tête. Très nerveux, irritable et turbulent. Intelligent, il apprend facilement. Sa réaction de Wassermann est négative.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Anisocorie (la pupille gauche plus grande que la droite) et signe d'Argyll. Mydriase.

Les réflexes tendineux sont vifs ; pas de Babinski ; pas de tremblements des membres, jamais d'ictus.

b) *Psychique.* — Le malade est excité, plein de rancune contre sa femme qui l'a fait enfermer « pour mieux vivre avec son amant » dit-il. Logorrhée et fuite des idées.

Pas de troubles de l'imagination ni des perceptions. Quand on lui parle de ses affaires il étale alors son délire de grandeur et devient euphorique.

Très bonne mémoire : sur huit objets enfermés dans une boîte, il en rappelle sept aussitôt. Attention affaiblie. Pas de confusion mentale.

Sentiments affectifs très diminués. Actes impulsifs.

Quelques jours après son entrée, rémission marquée ; H... était plus calme, mieux orienté et raisonnant moins mal. Ses idées de grandeur persistent, mais atténuées ; il manifeste des sentiments plus tendres envers sa femme et son enfant.

7. — Considérations cliniques

Ici nous sommes en présence d'une syphilis nerveuse. Aucune manifestation externe.

La période entre le chancre et le début de la paralysie générale a été de treize ans environ.

Hérédité similaire.

Précocité intellectuelle. Pas de maux de tête habituels.

La paralysie débuta par de l'excitation psychomotrice, avec violence des actes, jalousie, mégalomanie, euphorie, fugue, bavardage, hâblerie étonnante chez lui qui était de nature modeste et réservée ; au point de vue physique on a noté que la santé est bonne.

La femme n'est pas contaminée ; elle n'a fait aucune fausse couche.

Enfant non contaminé, Wassermann négatif. Bonne santé ; précocité psychique.

OBSERVATION XVII

(1916)

P..., quarante-quatre ans. Comptable. Marié à vingt-neuf ans.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Le père, vivant a soixante-dix-sept ans ; jamais malade. Caractère nerveux.

La mère, morte à soixante et onze ans d'une maladie de foie, était nerveuse aussi.

Chez les collatéraux, pas de maladies physiques. La mère du malade a eu sept enfants et une fausse couche. Quatre sont encore vivants. Une sœur du malade est morte de paralysie générale à la Salpêtrière à trente-neuf ans ; elle avait eu trois enfants très bien portants, calmes et intelligents.

2. — Antécédents personnels

Né à terme, P... eut sa première dent à cinq mois, il marcha à quinze mois, prononça ses premiers mots à quinze mois. Scarlatine. Fièvre, sans délire. Rougeole. Bonne santé habituelle. Très intelligent, il lisait beaucoup. Nature vive, nerveuse et égoïste. Vers trente-cinq ou trente-six ans, le malade eut une brève période d'impuissance génitale avec conservation du désir érotique. Pas d'ictus. Un été, il a eu une congestion ; un hiver il a fait une paralysie faciale qui dura deux à trois jours.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre vers vingt ans, bien soigné ; jamais aucune manifestation externe.

4. — Début de la paralysie générale

P... changea d'humeur en 1914, après la déclaration de guerre. Mobilisé vers le milieu de 1915, il écrivit des lettres désordonnées dans la rédaction, sales, avec du tremble-

ment ; quand il retourna chez lui, il était bien, physiquement, mais d'un caractère insupportable. Euphorie, mégalomanie, exubérance. Il imitait les cris des animaux ; il voulait que ses filles parlassent l'anglais (qu'elles ne connaissaient point), dès le soir même. Les premiers symptômes augmentèrent à la fin de 1915, P... ne parlait que de devenir riche, de chanter à l'Opéra, (il ne connaissait rien du chant ni de la musique), d'être décoré de la Légion d'honneur. Il était très gai. Il parlait beaucoup et assez correctement ; quelques rares accrocs. Il ne tremblait pas ; il se remuait beaucoup. Très bon appétit, sans boulimie. Quelques accès de maux de tête et de dysenterie. Son agitation continuait aussi la nuit ; insomnie fréquente. Il ne s'était jamais égaré dans la rue ; il faisait bien ses calculs, il lisait beaucoup, il achetait de la musique « pour quand il l'aurait apprise ». Il parlait des forts appointements qu'il allait toucher comme baryton ou ténor (il ne savait pas encore ce qu'il serait) en Amérique ; un jour il commanda une auto de luxe pour sa femme ; etc.

Bonne santé physique toujours.

5. — Etude du conjoint et de la descendance

Sa femme est très bien portante. Le Wassermann, chez elle, est négatif ; pas de fausses couches. Trois grossesses à terme, trois filles. La première, née après onze mois de mariage, marcha à un an, eut sa première dent à quatre

mois, prononça ses premiers mots à huit mois. Rougeole; pas de délires. Intelligente, bien dévoloppée au double point de vue physique et psychique; réglée à douze ans. Calme, assez égoïste. Wassermann négatif.

La deuxième marcha à quatorze mois, dit ses premiers mots à huit mois, eut sa première dent à sept mois. Pas de fièvre avec délire. Rougeole. Bonne santé habituelle. Wassermann négatif.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Pupilles déformées, paresseuses, mais pas rigides.

Les réflexes tendineux sont très vifs.

Pas d'extension d'orteil.

Aucune altération de la sensibilité, ni lésion aux grands organes.

Motilité intacte, pas de tremblements.

Bonne fonctions trophiques.

b) *Psychique.* — Troubles de l'idéation; idées ambitieuses, incohérentes; délire de grandeur. « Il chantera en Italie, en Amérique... Il gagnera un argent fou... Il a des enfants comme on en voit peu »..., etc.

Pas de troubles des perceptions. Mémoires antérograde et rétrograde conservées. Sur huit objets, il en rappelle sept exactement.

L'attention est affaiblie. Pas de confusion mentale.

L'activité psychique est accrue ; rapide passage d'une idée à une autre.

En octobre 1916 : remarquable rémission. Le malade est calme et lucide ; il raisonne très bien, il reconnaît avoir été excité et avoir rêvé de choses absurdes. Mais le ton psychique fondamental est marqué par l'euphorie et une mimique animée ; il se dit gai surtout de « se sentir revivre » ; le thème de sa mégalomanie persiste ; il parle avec beaucoup de lucidité de la musique, de sa bonne voix, de son intention d'apprendre le chant. « Il chantera certainement sur les grands théâtres et gagnera de fortes sommes. »

7. — Considérations cliniques

Nous sommes, dans ce cas, en présence d'une syphilis nerveuse, qui fut bien soignée. La période latente a été d'environ vingt-deux ans, durant laquelle la santé de P. . a été bonne, sauf les transitoires accidents nerveux de la période d'impuissance génitale, et de la congestion. La paralysie faciale passagère semble bien avoir été une paralysie *a frigore*.

Double hérédité similaire nerveuse.

Nervosité constitutionnelle. Bonne intelligence. Développement neurologique dysharmonique.

La paralysie générale débuta par de l'excitation psychomotrice, du délire de grandeur, associés à une conserva-

tion de la mémoire et des facultés psychiques, de l'aptitude au calcul, etc.

Du côté somatique, le malade présente une intégrité complète.

Femme non contaminée. Enfants en bonne santé, intelligents ; l'un d'eux nerveux.

Résumé d'observations de notre dossier

Après avoir présenté *in extenso* les cas que l'on vient de voir, nous croyons inutile de rédiger avec autant de détail d'autres cas qui font partie de notre dossier particulier, et qui par leurs caractères ressemblent fort aux précédents. De cette façon, nous ne donnerons que les indications essentielles des observations qui vont suivre.

OBSERVATION XVIII

(1911)

S..., quarante ans. Avocat. Marié à vingt-huit ans. Entré à la maison de santé en 1909. Rien de remarquable dans les antécédents familiaux. Mère nerveuse. Le malade a toujours eu une très bonne santé, Précoce d'intelligence, très bon travailleur. Nerveux. Chancre à vingt ans, soigné, suivi d'aucune manifestation externe. En 1907 quelques maux de tête et de l'irritabilité de caractère, attribués au surme-

nage. Premiers symptômes de la paralysie en février 1909, par une excessive activité intellectuelle, de l'excitation psychique et somatique, quelques actes violents. Euphorie. Boulimie. Rien d'anormal aux organes. La femme est bien portante, et n'a jamais rien eu de morbide. Wassermann négatif. Cinq grossesses à terme. Enfants tous vivants et bien portants, quoique le premier soit un peu chétif et ait été très précoce. Wassermann négatif chez tous.

OBSERVATION XIX

(1910)

V..., quarante-deux ans. Docteur en médecine. Marié à trente ans. Entré à la maison de santé en 1909. Très bonnes santés chez les ascendants et collatéraux. Mère et tantes nerveuses. Le malade a joui toujours d'une très bonne santé. Fort intelligent. Facilement irritable.

Chancre à vingt ans, soigné, sans manifestation externe ultérieure. Il accuse de la fatigue en 1905. Après un repos, il se sent bien, mais en 1909 soudaine et grave excitation psychique. Dans une période de travail intense, il songe à la réalisation de grands problèmes médicaux, et écrit son meilleur travail scientifique. Peu après, il eut une sorte d'excitation mystique et quelques réactions dangereuses. Pas de signes de lésions organiques ; pas d'ictus.

Femme très bien portante. Wassermann négatif. Quatre

grossesses à terme. Enfants chétifs, mais jamais malades. Le premier et la troisième sont très intelligents. Caractères difficiles. Wassermann négatif aussi chez eux.

OBSERVATION XX

(1910)

A..., trente-trois ans. Littérateur. Marié à vingt-huit ans. Entré à la maison de santé en 1909. Père alcoolique et nerveux. Un frère mort en bas âge, de convulsions. Pas de maladies notables dans l'enfance du malade. Bonne intelligence. Nerveux. Chancre à vingt ans, soigné, sans manifestations externes. Au commencement de 1910, excitation psychique, mégalomanie, euphorie; travail intense; dépenses excessives.

Femme jamais malade. Wassermann négatif. Une grossesse à terme. Enfant bien portant. Développement neurologique dysharmonique. Wassermann négatif.

OBSERVATION XXI

(1910)

V..., trente-deux ans. Employé comptable. Marié à vingt-neuf ans. Entré à la maison de santé en 1908. Rien de remarquable chez les collatéraux et ascendants. Mère nerveuse. Le malade fut toujours de bonne santé, quoique

chétif et nerveux. Intelligent. Chancre à dix-huit ans, soigné, et suivi d'aucun signe d'infection. En 1908, le malade montre de l'insubordination, un délire de grandeur, de l'euphorie, et fait des dépenses déraisonnables. Femme très bien portante ; Wassermann négatif. Une grossesse à terme. Enfant très bien développé, en avance dans ses fonctions neurologiques, sans signes d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XXII

(1911)

B..., trente-trois ans. Architecte. Marié à vingt-cinq ans. Entré à la maison de santé en 1909. Mère nerveuse, père alcoolique. Collatéraux nerveux. Développement neurologique du malade en dysharmonie. Intelligent. Pas de maladies notables. Chancre à vingt ans, soigné et n'ayant entraîné aucune manifestation externe. Toujours en bonne santé. En 1909, premiers symptômes de désordres intellectuels avec mégalomanie, euphorie, période hyperproductive. Actes violents.

Femme bien portante, Wassermann négatif. Quatre grossesses à terme. Enfants de bonne santé et pas chétifs, sauf le premier. Wassermann négatif chez tous.

OBSERVATION XXIII

(1911)

E..., quarante ans, docteur en droit. Marié à trente ans. Entré à la maison de santé en 1909. Père nerveux, et collatéraux de même. Bonne intelligence.

Chancre à vingt ans, soigné ; absence de manifestations externes. En 1909, fugues, excitation psychique, désordre des actes, mégalomanie, grande irritabilité. Femme bien portante. Trois grossesses à terme. Wassermann négatif chez elle et chez les enfants qui sont bien portants quoique chétifs.

OBSERVATION XXIV

(1912)

C..., trente-deux ans. Employé de commerce. Marié à vingt-neuf ans. Entré à la maison de santé en 1911. Père alcoolique et nerveux. Bonne santé. Fièvre typhoïde avec délire à dix-huit ans. Intelligent. Chancre à vingt ans, soigné ; aucune manifestation externe. La paralysie commença il y a un an, avec idées de grandeur, euphorie, dépenses inutiles. Femme bien portante ; Wassermann négatif ; enfant sans signes d'hérédo-syphilis. Pas de fausse couche.

OBSERVATION XXV

(1913)

G..., trente-huit ans. Rentier. Marié à vingt-six ans. Entré à la maison de santé en 1912. Mère très nerveuse et épileptique. Collatéraux maternels nerveux. Le malade fut chétif dans l'enfance et assez nerveux. Pas de graves maladies. Intelligent. Chancre à vingt ans, soigné, sans manifestation ultérieure. Depuis quelques années, irritabilité, manie déambulatoire. En 1912, mégalomanie, dépenses exagérées, euphorie, hallucinations, boulimie.

Femme bien portante ; Wassermann négatif. Quatre grossesses à terme. Enfants chétifs, nerveux, intelligents, surtout le premier. Wassermann négatif aussi chez eux.

OBSERVATION XXVI

(1913)

Z..., quarante ans. Employé de commerce. Marié à trente-deux ans. Entré à la maison de santé en 1913. Père nerveux. Pas de graves maladies dans l'enfance. Fièvres avec délire. Intelligent. Chancre à vingt-deux ans, soigné ; aucune manifestation externe. Tabes depuis quelques années. Premiers symptômes de la paralysie par de

l'excitation psychique, de la mégalomanie, une profonde irritabilité, Femme bien portante; Wassermann négatif. Deux grossesses à terme. Enfants chétifs, mais pas malades; intelligents. Wassermann négatif.

OBSERVATION XXVII

(1913)

B..., trente ans. Négociant. Marié à vingt-sept ans. Entré à la maison de santé en 1913. Mère nerveuse. Collatéraux maternels nerveux. Le malade a eu des fièvres avec délire. Intelligent. Chancre à dix-huit ans, soigné ; pas de manifestations externes. Depuis cette époque, le malade a de l'asthénie, attribuée au surmenage. Il y a quelques mois, excitation psychique, vive irritabilité, mégalomanie et exhibitionnisme.

Femme bien portante ; Wassermann négatif. Une grossesse à terme. Enfant bien portant, sans signes d'hérédosyphilis.

OBSERVATION XXVIII

(1913)

M..., trente-huit ans. Commerçant. Marié à trente et un ans. Entré à la maison de santé à la fin de 1911. Père très nerveux. Collatéraux paternels nerveux. Pas de maladies notables dans l'enfance. Caractère très irritable, impres-

sionnable. Intelligent. Chancre à vingt et un ans, soigné, sans manifestation externe ultérieure. En 1910, tabes. La paralysie commença par de l'excitation psychique avec loquacité, euphorie, irritabilité persistante.

Femme très bien portante. Wassermann négatif. Deux grossesses à terme. Enfants chétifs, mais pas malades et intelligents. Wassermann de l'aîné négatif ; pour le second la réaction n'a pas été faite ; aucun signe d'hérédo-syphilis chez l'un comme chez l'autre.

OBSERVATION XXIX

(1913)

H..., trente-deux ans. Commerçant. Marié à vingt-neuf ans. Entré à la maison de santé en 1913. Père alcoolique et nerveux. Collatéraux maternels nerveux. Chétiveté. Pas de maladies graves. Intelligent. Chancre à vingt ans, soigné, sans aucune manifestation syphilitique ultérieure. Les premiers symptômes de la paralysie furent : excitation psychique et somatique, idées délirantes de grandeur, violence, irritabilité.

Femme non contaminée. Une grossesse à terme. Enfants très bien portants. Pas de signes d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XXX

(1913)

C..., trente ans. Commerçant. Marié à vingt-sept ans. Entré à la maison de santé en 1912. Père nerveux, cancéreux. Mère nerveuse. Collatéraux des deux côtés nerveux. Le malade fut chétif, très irritable. Fièvres avec délire. Intelligent. Chancre à vingt ans, soigné ; pas de manifestations externes. En 1910, crises d'asthénie. Premiers symptômes de paralysie en 1912 avec excitation psychique, irritabilité. Femme non contaminée. Une grossesse à terme. Enfants bien portants, sans signes d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XXXI

(1913)

C..., trente ans. Instituteur. Marié à vingt-six ans. Entré à la maison de santé en 1913. Père alcoolique, mère nerveuse. Collatéraux maternels nerveux. Maladies exanthématiques avec délire. Bonne intelligence. Travailleur. Tendances à l'alcoolisme. Chancre à dix-huit ans, soigné ; aucune manifestation ultérieure. Premiers symptômes de la paralysie en 1913, avec excitation psychique et somatique, mégalomanie, euphorie. Femme non contaminée. Wassermann négatif. Une grossesse à terme. Enfant bien portant ; aucun signe d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XXXII

(1913)

P..., quarante ans. Commerçant. Marié à vingt-huit ans. Entré à la maison de santé en 1913. Père nerveux. Collatéraux paternels nerveux. Exanthèmes infantiles graves et avec délire. Intelligent, nerveux et irritable.

Chancre à vingt-deux ans, soigné ; sans manifestations externes. Depuis trois ans, irritabilité ; mais au commencement de cette année, crises paroxystiques d'excitation, fugues, euphorie. Femme non contaminée. Wassermann négatif. Quatre grossesses à terme. Enfants chétifs ; pas de graves maladies. Intelligents, nerveux, irritables. Wassermann négatif.

OBSERVATION XXXIII

(1913)

C..., vingt-huit ans. Etudiant. Marié à vingt-cinq ans. Entré à la maison de santé en 1913. Père alcoolique, mère nerveuse. Collatéraux nerveux. Le malade fut toujours chétif, pas malade, nerveux, très irritable et intelligent. Chancre à dix-sept ans, soigné ; aucune manifestation externe. Depuis quelques années, crises de dépression, asthénie. Au commencement de cette année, excitation plus violente,

crises de travail sans répit, même pendant la nuit, euphorie, idées de grandeur. Femme non contaminée. Une grossesse à terme. Enfant bien portant; développement neurologique précoce; aucun signe d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XXXIV

(1916)

G..., trente-huit ans. Ingénieur. Marié à trente ans. Entré à l'asile en 1915. Père et mère nerveux, ainsi que quelques collatéraux. Dans l'enfance, fievres avec délire. Chétiveté. Nerveux. Intelligent. Chancre à vingt ans, soigné, sans autre manifestation.

A trente-cinq ans, raideur de la marche, douleurs fulgurantes (tabes). Crises d'irritation, d'asthénie. Au commencement de 1915, premiers symptômes de la paralysie avec irritation plus grave, mégalomanie, euphorie, période hyperproductive. Femme non contaminée. Wassermann négatif. Deux grossesses à terme. Enfants chétifs, mais pas malades. Intelligents, nerveux, surtout l'aîné. Wassermann négatif.

OBSERVATION XXXV

(1916)

A..., quarante ans. Employé de commerce. Marié à vingt-neuf ans. Entré en 1914 à l'asile. Père alcoolique,

mère nerveuse. Développement neurologique précoce, chétiveté, nervosité, intelligence. Chancre à vingt-deux ans, soigné ; sans autres manifestations. A trente-quatre ans, signes de tabes. Premières manifestations de la paralysie en 1914 par phénomènes d'excitation psychique.

Femme non contaminée ; Wassermann négatif. Trois grossesses à terme. Enfants bien portants, chétifs, pas malades, nerveux, irritables, intelligents. Un mort de pneumonie. Wassermann négatif.

OBSERVATION XXXVI
(1916)

B...,trente-cinq ans. Employé de banque. Marié à vingt-huit ans. Interné en 1915. Père assez nerveux. Dans l'enfance le malade fut très chétif ; maladies exanthématiques avec délire. Intelligent. Chancre à dix-neuf ans, soigné ; aucune autre manifestation. Vers trente ans, insomnies, maux de tête, fatigue. Premiers symptômes de la paralysie en 1915, par excitation maniaque, mégalomanie. Femme non contaminée. Wassermann négatif. Une grossesse à terme ; enfant bien portant ; pas de signes d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XXXVII
(1916)

S... trente-quatre ans. Employé comptable. Marié à vingt-neuf ans. Entré en 1914 à l'asile. Père et mère alcoo-

liques et nerveux. Très chétif dans l'enfance ; fièvre avec délire. Intelligence moyenne ; nerveux ; facilement irritable.

Chancre à vingt ans, soigné ; pas d'autres manifestations de l'infection. Depuis quelques années, maux de tête, asthénie, insomnie ; premiers symptômes de la paralysie en 1914 avec excitation maniaque, irritabilité, idées de grandeur.

Femme non contaminée. Une grossesse à terme. Enfant très chétif, développement neurologique dysharmonique. Wassermann négatif chez la mère et chez l'enfant.

Paralysies générales de la deuxième forme

OBSERVATION I

(1914)

J. H..., quarante-deux ans. Marié en 1895, à vingt-trois ans; travailla dans la bijouterie. Entré à Sainte-Anne le 15 juin 1914.

I. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Le père est mort à trente-deux ans, de « typhus ». Il n'a pas fait d'autres maladies, mais il fut toujours très nerveux et irritable.

La mère, vivante, a soixante-seize ans. Jamais malade, elle a été nerveuse aussi, « de caractère facile à se monter ».

Les ancêtres maternels sont morts à un âge avancé, vers quatre-vingts ans; ils furent toujours bien portants. Du côté paternel, au contraire, on est mort jeune, vers quarante ans, sans que nous sachions de quoi. Le malade a deux sœurs vivantes, l'une de trente-trois ans et l'autre de trente-six. L'aînée est nerveuse, de caractère dur et difficile. On ne sait rien de leur développement neurologique dans la première enfance.

2. — Antécédents personnels

J. H..., est né à terme, et la grossesse s'est bien passée. Dans son enfance, le malade était irritable. Il « s'emballait pour rien », quoiqu' « il ne fût pas méchant ».

Précoce d'intelligence, il apprit facilement et avec goût. Bonne scolarité. On ne peut savoir à quelle époque s'établirent ses fonctions neurologiques ; mais rien ne semble indiquer qu'elles aient été anormales dans leur développement.

A la puberté le malade changea de caractère. Son état nerveux, qui jusqu'à cette époque semblait se traduire par des poussées d'irritation, se modifia, et J. H... devint triste, déprimé, pensif et difficile. Il se montrait soucieux de ses devoirs, et plus que normalement pour son âge.

Il a fait une « pleurésie », on ne sait à quelle époque, et toussait alors. Cette maladie se passa en trois semaines, sans complications.

Dès sa première enfance il se plaignait sans cesse de maux de tête, qui le prenaient par intervalles, et qui ne le quittèrent jamais complètement. Pas d'autres maladies connues.

3. — Histoire de la syphilis

Le malade prétend n'avoir jamais été contaminé. Sa femme ne sait rien à ce sujet; mais elle dit qu'une fois il

a eu une chute de cheveux, et une autre fois des « taches sur le corps, qui ont guéri après des pilules ».

Des renseignements fournis par le médecin nous tenons que le malade a eu la syphilis à vingt ans, avec des accidents cutanés de la période secondaire, qui furent traités par le mercure, comme l'infection elle-même dès son début.

Huit ans après la contagion, J. H... a commencé à s'apercevoir que sa vue baissait ; à cause de cela on lui a fait des piqûres de biiodure et ensuite de cyanure de mercure, en injections intra-veineuses.

Le traitement semble l'avoir beaucoup soulagé, surtout de ses maux de tête, et des douleurs qu'il ressentait dans les jambes « comme si c'était dans les os » ; mais il n'y eut aucune amélioration pour sa vue ; celle-ci, après une période stationnaire, baissa de plus en plus rapidement, et en très peu de temps il devint complètement aveugle. Cela arriva douze ans après que sa vue commençait à diminuer, c'est-à-dire à la fin de 1912.

4. — Début de la paralysie générale

La paralysie générale débuta un an après (décembre 1913) avec une grosse perte de la mémoire récente. J. H... était dans la rue, et il s'égara sans pouvoir retrouver la route de sa maison. Il marcha beaucoup, et seulement après plus d'une heure il retrouva subitement son chemin. Il commençait à oublier les objets, à faire des fautes dans

son travail, qu'il connaissait très bien ; il devint mélancolique, restant volontiers assis, pensif, avec le regard perdu dans le vide.

Il n'y a jamais eu aucun traumatisme, ni choc moral.

Les périodes de dépression simple étaient suivies de périodes de mélancolie anxieuse, dans lesquelles le malade présentait des idées de suicide. Il sentait au-dedans de lui un malaise indéfinissable, « avec une douleur de tout» ; il ne pouvait plus vivre, et aurait voulu mourir. Cette idée le possédait de plus en plus, quoiqu'il n'ait jamais alors tenté de mettre son dessein à exécution.

Il était pris, à cette époque, de crises de suffocation ; son visage devenait rouge et très pâle ensuite.

J. H... a commencé, presque depuis le début de la pararalysie, à écrire très mal, parce que sa main tremblait, et peu de temps après il ne pouvait plus écrire du tout.

Le 20 mai 1914 il a un ictus. Il tombe à terre, sans connaissance, et reste ainsi toute la journée, avec une respiration ronflante, les yeux entr'ouverts et le visage pâle. Quand il revint à lui, il était dans une excitation motrice intense ; il fallut, au dire de sa femme, quatre hommes pour le tenir. Ensuite, il resta excité près de deux jours. Aucune paralysie consécutive.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme de J. H... a toujours été très anémique. Elle n'a fait aucune maladie organique, mais s'est toujours sentie

fatiguée, plus que quand elle était jeune fille. Chez elle, la réaction de Wassermann est positive.

Sa première grossesse s'est mal passée. Il y a eu fausse couche de quelques mois, venue, dit-elle, à la suite d'un choc psychique. Elle ne fut plus enceinte que quatre ans après environ, aucune manœuvre d'avortement n'ayant, selon elle, jamais été pratiquée.

Leur enfant, garçon de quatorze ans maintenant, est né à terme. Il fit ses premiers pas à dix-huit mois, parla à un an et eut sa première dent à six mois. Il a eu des états fébriles avec délire. Il a été toujours faible et très prompt à se fatiguer. Maladies d'enfance : rougeole, scarlatine, coqueluche de longue durée. Mauvaise dentition ; érosion des incisives médianes. Voûte palatine ogivale. Caractère déprimé, triste, sans initiative. Pas intelligent, il ne réussit à l'école que grâce à son assiduité et à la peine qu'on s'est donné pour l'instruire. Les derniers temps, une croissance exagérée l'a beaucoup affaibli et sa tristesse a augmenté.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Du côté des yeux : rigidité et déformation pupillaires ; anisocorie, la pupille droite plus grande que la gauche ; mouvements des yeux normaux ; réaction conjonctivale normale ; Argyll Robertson négatif ; pas de Morselli (réaction paradoxale de la pupille). Du côté des grands appareils, on note que le foie est petit et douloureux ;

ventre ballonné ; clangor aortique tres net. L'appareil respiratoire est normal.

Micropolyadénite au cou et à l'aine.

Du côté du système nerveux on a noté : sensibilité cutanée et muqueuse intacte.

Marche très lourde, le malade traînant les jambes. Les fonctions trophiques et vaso-motrices semblent se faire mal : la peau est sèche, avec tendance aux eschares. Acrocyanose des mains et fourmillements.

Le sommeil est en excès, le malade étant habituellement somnolent. Pas de troubles cénesthésiques.

Réflexes : abolition des réflexes tendineux et diminution des réflexes cutanés. Ataxie locomotrice. Signe de Romberg positif. Pas de signe de Babinski ni de Dupré.

Aucune altération de la sensibilité superficielle et profonde. Tremblement de la langue (mouvements fibrillaires) et des doigts. Ictus aphasique.

b) *Psychique.* — Mémoire : forte diminution de la mémoire antérograde. On note de la paramnésie. La mémoire rétrograde est peu atteinte ; îlots intacts.

Attention : diminuée aux *mental-tests,* mais non abolie.

Perception : dans la journée, elle est bonne ; quelquefois, vers le soir, entre 8 et 10 heures, le malade a des *illusions* de nature visuelle. Il sort de son lit pour voir s'il y a quelqu'un.

Affectivité : conservée et même exagérée. Le malade pleure quand on lui parle de sa mère ou de sa femme. Il

pense « qu'elles souffriront ; qu'il ne peut plus les aider ». En dehors de ce sentiment, il est apathique.

Conscience : atténuée mais non abolie. Il reconnaît avoir été, les soirs précédents, dans un état mental morbide, avoir vu quelqu'un alors que « certainement il ne pouvait y avoir personne ».

Activité : fortement diminuée. Le malade est déprimé.

Mimique : triste, souvent anxieuse.

Langage : pauvre, peu abondant.

Parole : pas de dysarthrie.

Impulsions : rien à noter. Il a montré à son entrée à l'asile quelque tendance homicide.

7. — Considérations cliniques

Sur ce cas il est intéressant de faire les considérations cliniques suivantes :

J.-H... mit vingt et un ans et demi pour faire sa paralysie générale. La période qui s'écoula entre le chancre et la paralysie fut marquée par des accidents secondaires et tertiaires graves, comme l'amaurose.

Double hérédité similaire névropathique. Fréquents maux de tête.

Le malade présente un terrain nerveux dès sa première enfance. Dépression psychique après sa puberté. Il fut intelligent.

La paralysie générale debuta par perte de mémoire, état

confusionnel, aggravation de la dépression jusqu'à l'idée de suicide ; un ictus, de l'asthénie qui empêche tout de suite l'écriture.

La femme a été contaminée. Sur deux grossesses, elle a fait une fausse couche, et l'autre grossesse, arrivée à terme, s'est mal passée. L'enfant présenta un développement neurologique dysharmonique, une très grande chétivité, un état maladif, de la dépression psychique, peu d'intelligence (signes d'hérédo-syphilis). L'examen actuel du malade a ceci de remarquable : *somatiquement*, troubles graves et multiples, abolition des réflexes tendineux, Romberg, ictus aphasique, anisocorie, troubles trophiques, foie petit et douloureux, aortite. Gros tremblement des membres. *Psychiquement :* dans l'ensemble on remarque une mémoire rétrograde presque intacte, l'attention conservée ; pas d'hallucination, quelques rares illusions, bonne affectivité, conscience atténuée, mais non abolie.

J. H... montre une conservation psychique remarquable, vu l'état avancé de la paralysie.

OBSERVATION II

(1914)

J. M..., quarante-cinq ans. Marié à vingt-quatre ans. Employé de commerce. Internement le 19 mai 1911.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Le père est mort à quarante ans de pneumonie. Pas de maladie dans sa vie. Il était très irritable, alcoolique et prisait beaucoup.

La mère, morte à trente-cinq ans, d'une affection cardiaque. Elle était très douce de caractère. Pas de fausses couches.

Chez les collatéraux, pas de signes nerveux. Ils sont morts vieux. Le malade a eu une sœur, morte à quarante-deux ans, d'un fibrome utérin. Elle était très calme, et plutôt mélancolique.

2. — Antécédents personnels

Né à terme et jumeau. Le frère mourut en bas âge, de méningite. On ne peut rien savoir de ses premières fonctions neurologiques. Pas de maladies dans son enfance ni sa jeunesse. Bonne scolarité; il fut d'intelligence précoce. Bonne mémoire. Caractère calme, déprimé plutôt.

3. — Histoire de la syphilis

J. M... a eu une première fois la syphilis à vingt ans avec une hémiceinture. Après quatre ans il eut des douleurs lombaires, et resta coucha pendant trois semaines.

Après six ans de mariage, réinfection syphilitique, avec chancre sur la verge. A cette époque, sa femme après des rapports conjugaux eut des pertes blanches et une hémi-ceinture.

Une fois le malade a eu « très mal à la gorge ».

4. — Début de la paralysie

Les premiers symptômes apparurent vers 1910. J. M... commença à changer de caractère, à devenir plus faible, plus triste. Taches jaunes au visage des deux côtés. La mémoire s'affaiblissant, il était confus, oubliait tout. Il devint somnolent avec de temps en temps de l'irritation du caractère. Dans la rue il s'égarait. Il oubliait son chapeau sur sa tête. Un jour il tomba, sans perdre tout à fait connaissance. Quand il se releva il était plus faible du côté gauche. Accès d'aphasie.

Les ictus le prenaient de la même façon une ou deux fois par mois. Cela durait une demi-journée, avec langue *dure;* dysarthrie. Assez souvent il avait des crises de larmes et de dépression.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

Femme : quarante ans, faible. Elle est anémique ; elle a des pertes blanches. A sa première grossesse, une fausse couche de quatre mois. La deuxième, menée à terme ; garçon de dix-neuf ans en 1914, qui marcha à un an, parla

à dix mois, eut sa première dent à six mois. Croissance exagérée, gastropathie, neurasthénie. Il a toujours mal à la gorge ; toujours faible et fatigué. Dès sa première enfance, il était précoce d'intelligence ; très bonne scolarité. Maintenant, il est employé de banque ; son intelligence a diminué. Caractère calme, mélancolique. Bon travailleur.

Nez aplati avec ensellure ; mauvaise dentition, dents écartées, érodées, implantation anormale.

La femme a un Wassermann positif. Pour le fils, la réaction n'a pu être faite.

6. — État du malade

I. — A son entrée à l'asile : le malade présentait du tremblement, de l'embarras de la parole, des moments d'excitation, de la mobilité des idées. Les troubles de la parole n'existaient pas aux mots d'épreuve.

Trois mois après son entrée (25 août 1911) l'excitation disparaît, il redevient normal et se comporte comme tel.

La mémoire est parfaite.

Pas de signe d'Argyll, pas d'anisocorie.

Les réflexes sont exagérés. La parole est lente, sans accrocs.

Léger tremblement de la langue et des doigts.

En novembre 1913 on a noté : le malade est lucide et bien orienté, conscient de sa situation, euphorique ; atten-

tion et mémoire bonnes ; aspect d'un homme normal ; il calcule bien ; l'affectivité est conservée.

Ponction lombaire ; 37 lymphocytes par millimètre cube.

II. — Examen actuel :

a) *Psychique.* — J. M... donne l'impression d'avoir son psychisme assez bien conservé ; pas de mégalomanie : très bien orienté. Il ne désire pas aller chez lui pour se soigner « parce qu'il en voit d'autres qui sortent et qui après doivent rentrer ».

Il a une légère euphorie qui souvent s'efface devant de la tristesse et des pleurs.

Pas de troubles de l'idéation ni de l'imagination, de la mémoire ou de l'attention.

Pas de confusion. Le mécanisme psychique, quoique plus lent, est peu compromis. Pas de troubles de la perception, de l'affectivité, de la conscience. Pas d'actes délirants, ni impulsifs.

B) *Somatique.* — Sensibilité et mobilité diminuées à gauche. Troubles du sommeil ; céphalée nocturne et diurne, gravative ; rachialgie. Très visible leucoplasie linguale et jugale. Foie débordant ; lésion aortique ; pouls petit. Dermographisme. Douleurs aux reins. Albuminurie. Tremblements fibrillaires de la langue. Marche lourde. Il tremble. Rien aux yeux d'anormal. Réflexes rotuliens exagérés. Extension des orteils à gauche. Légère apraxie motrice à gauche.

Le temps écoulé entre le chancre et la paralysie fut de vingt et un ans, période caractérisée par des accidents secondaires et une réaction rénale, de la réinfection syphilitique avec localisation à la gorge.

Hérédité similaire (alcoolisme paternel). Caractère déprimé. Intelligent. La paralysie débuta par la perte de la mémoire, de la confusion mentale, de l'apathie avec dépression psychique, des ictus répétés somatiques et aphasiques.

Femme contaminée. Enfant très chétif, précoce, avec déchéance intellectuelle consécutive et signes d'hérédo-syphilis.

L'examen somatique présente : leucoplasie, tremblement, albuminurie, foie débordant, lésion de l'aorte, etc., et du côté psychique on a noté une remarquable conservation de toutes les facultés.

OBSERVATION III

(1914)

D..., quarante-deux ans. Marié à vingt-quatre ans. Cocher. Interné le 15 novembre 1911.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. — Le père mort à trente ans de « fièvres » à Batavia, était nerveux. La mère est morte à quarante ans à Vaucluse.

Pas de collatéraux.

2. — Antécédents personnels

On ne peut rien savoir de son enfance. Il était, paraît-il, mélancolique.

3. — Histoire de la syphilis

D... a eu un chancre à vingt ans. Soigné à l'hôpital Ricord, il a eu après sept ans des manifestations cutanées, des « taches ». A cette époque, chute de cheveux complète avec perte des cils et des moustaches. Les poils tombaient par plaques. Ils ont repoussé après un mois, mais pas totalement.

Un an après, il a eu une entérite tenace. Avant cette époque, il avait toujours joui d'une bonne santé.

A trente et un ans, éruption cutanée « avec de la rougeur et des boutons sur la poitrine, et des maux de gorge »,

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes remarquables commencèrent en 1910. Un jour, tout à coup il perdit la vue et la parole pen-

dant dix minutes. Durant un certain temps, cela arrivait tous les jours. Il semble avoir fait de la paralysie jacksonnienne avec ictus sensitif ; il sentait monter quelque chose à la main droite, puis au bras qui devenait faible, tandis que la jambe gauche restait paralysée. Il ne perdait pas connaissance, et pouvait s'assurer, en sentant l'accès venir, une chaise pour s'asseoir.

Après, il restait hébété ; il bavait et, ne pouvant parler, il faisait des signes avec ses mains pour expliquer ce qu'il voulait. En dehors de cela, il était calme, plutôt triste, et sensé.

Il se perdait dans la rue. Grosse diminution de la mémoire. Accrocs aux mots d'épreuve, troubles de la vue. Tremblement des membres. Il a voulu entrer lui-même à l'asile.

Traumatisme. — Six ans avant le début de la paralysie il est tombé sur les talons ; un de ses pieds en est resté déformé. Après cette chute, il devint plus triste, mélancolique, irritable.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

Sa femme est bien portante. Elle dit n'avoir pas eu de manifestations cutanées ou muqueuses de syphilis. Le Wassermann est positif. Elle a eu cinq grossesses. La première, après trois ans de mariage. avec fausse couche de huit mois. Le fœtus était mort depuis trois semaines.

Une deuxième l'an suivant. Fausse couche de sept mois, Le fœtus mort depuis onze jours.

La troisième, l'année suivante. Enfant né à terme. Garçon. il a maintenant (1914) onze ans. Il marcha à quatorze mois, parla à huit mois, eut sa première dent à quatre mois. Il est intelligent, calme. Wassermann positif. Mauvaise dentition.

La quatrième : après deux ans. Garçon né à huit mois. Il parla à huit mois, marcha à quatorze mois, première dent à six mois. Cet enfant est très faible, maigre, nerveux et irritable : il n'a aucune envie d'étudier; il ne comprend rien.

La cinquième : une fausse couche (conception pendant la paralysie du mari) ; fœtus de trois mois.

6. — État du malade

I. — A son entree à l'asile, D... présentait des troubles de la parole, de l'anisocorie, des crampes dans les mollets, de l'ataxie locomotrice, de l'excitation génésique. Traitement par le « 606 ».

Quelques jours après, on notait : idées de satisfaction alternant avec des préoccupations hypocondriaques ; hésitation de la parole. Réflexes rotuliens inégaux et vifs. Signe d'Argyll Robertson.

II. — Examen actuel.

a) *Somatique.* — La pupille droite est plus grande que la

gauche ; les deux sont rigides. Leucoplasie jugale. Céphalalgie gravative.

Jambe droite plus faible que l'autre.

Cœur : bruit clangoreux diastolique à la partie supérieure du sternum. Premier bruit à la pointe confus.

Réflexes tendineux et cutanés diminués.

Signe de Babinski à droite.

Artério-sclérose. Abdomen ballonné.

Tremblement fibrillaire de la langue, des mains et des jambes,

Accrocs aux mots d'épreuve.

b) *Psychique*. — Pas de troubles notables de l'idéation. Le malade a des préoccupations, à fond hypocondriaque, très nettes et persistantes.

Pas de mégalomanie. Les idées de satisfaction qu'il avait à son entrée sont effacées.

Pas de délire d'imagination ; attention affaiblie, mais non effacée dans son pouvoir de fixation. Pas d'automatisme psychique. Mémoire antérograde affaiblie ; mémoire rétrograde assez bien conservée.

Pas de confusion mentale, le malade est orienté, conserve encore la conscience de sa situation ; il espère guérir et retourner chez lui. Il sait faire quelques opérations arithmétiques, additions et soustractions simples, pas de divisions.

Pas de troubles de la perception ; affectivité conservée.

L'activité générale est diminuée. Hypominie. Tristesse. Troubles de l'écriture.

7. — Considérations cliniques

Le malade a mis dix-huit ans à faire sa paralysie. La période écoulée entre le chancre et la paralysie fut marquée par des accidents syphilitiques cutanés, de la leucoplasie.

Hérédité psychopathique maternelle.

Dès son enfance, D... était mélancolique. La paralysie débuta après un traumatisme cranien, et par des symptômes de dépression psychique, ictus aphasiques et visuels, hémiplégie jacksonienne, diminution de la mémoire ; dyslalie, tremblement.

Du côté psychique, il est à remarquer qu'en dehors des ictus le malade était calme, avec des fonctions bien conservées. Même durant son séjour à l'asile, où il a voulu entrer lui-même, il présenta des signes d'altération physique, mais une intelligence bien conservée pour sa conduite personnelle, et la conscience de ses actes.

La femme et les enfants sont infectés ; ceux-ci portent des signes d'hérédo-syphilis ; des cinq grossesses une seule est venue à terme et une seconde a été de huit mois ; les deux enfants présentent des signes de dysharmonie neurologique, et l'aîné seulement semble en bonne santé. L'autre a des signes visibles de chétiveté.

Il faut noter dans la descendance de D... la loi inverse de celle qui fut signalée par Régis et Ball, Richard, Béchet et Wahl, Semper ; à savoir que les descendants les plus tarés sont ceux qui se rapprochent le plus de la syphilis, et les moins tarés ceux qui se rapprochent le plus de la paralysie générale ou qui sont nés pendant la paralysie même.Nous voyons au contraire que les grossesses les plus proches de la syphilis paternelle sont allées plus loin comme temps de gestation que celles qui sont proches de la paralysie du père ; que l'enfant né à terme vient avant celui qui est né à huit mois ; que la grossesse, moins avancée en gestation, avec fausse couche à trois mois, est la dernière, commencée en pleine paralysie paternelle.

OBSERVATION IV

(1914)

M..., trente-quatre ans. Ouvrier manœuvre. Marié. Pas d'enfants. Interné le 22 janvier 1912.

I. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme. Les parents sont morts vers quarante-cinq ans. Père nerveux, alcoolique ; mère calme et douce.

2. — Antécédents personnels

On ne peut rien savoir de son développement neurologique. Il était toujours chétif, triste et déprimé, peu intelligent.

3. — Histoire de la syphilis

Elle semble être survenue vers vingt-neuf ou trente ans, et ne fut pas soignée. Hémiceinture, perte des cheveux par plaques.

4. — Début de la paralysie générale

En 1913, premiers symptômes d'apathie et de préoccupations hypocondriaques. Pas de mégalomanie. Des ictus ; il tombait et perdait connaissance, après quoi il restait affaibli « de partout », sans localisation ; mais du côté droit, le bras était moins sensible, et la main restait quelquefois sans force. Pas d'extravagances ; perte de mémoire rétrograde, paramnésie.

5. — Étude du conjoint et de la decendance

Femme anémique. Leucorrhée. Pas de réaction de Wassermann connue.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Mydriase ; anisocorie, la pupille droite plus grande que l'autre. Signe d'Argyll.

Tremblements fibrillaires de la langue. Marche raide, accompagnée de fatigue ; tremblement des jambes. Leucoplasie buccale et jugale. Dysarthrie, sans dyslogie.

Réflexes rotuliens exagérés ; hyperesthésie plantaire ; réflexes cutanés abolis.

Foie dépassant l'arc costal ; on en accroche le bord facilement. Cœur : hypertrophie du ventricule gauche ; second bruit aortique métallique.

Dyspepsie, avec périodes diarrhéiques.

Céphalalgie totale.

b) *Psychique.* — Pas d'idées délirantes, pas de délire. M... est triste, déprimé. Son pouvoir d'attention est faible, mais non aboli. La mémoire est très affaiblie, surtout la mémoire rétrograde.

Bonne orientation dans le temps et l'espace. Il espère guérir. Conscience de sa situation ; pas de confusion mentale, quoique les facultés d'auto-conduction soient affaiblies. Pas de troubles des perceptions.

Affectivité conservée ; psychisme déprimé ; hypomimie. Pas de troubles moteurs de l'écriture. Dyslogie ; dyslalie. Pas de troubles des actes ni d'apraxie.

7. — Considérations cliniques

La période écoulée entre le chancre et la paralysie fut de trois ou quatre ans, et caractérisée par des manifestations externes d'infection syphilitique.

La paralysie générale débuta par des ictus, par de la dépression motrice et psychique, de la faiblesse organique. Actuellement on note de la leucoplasie, des altérations hépatiques et cardiaques, du tremblement aux membres, une marche presque impossible. Psychiquement, pas de délire, conservation de la conscience, bonne orientation, médiocre conservation des pouvoirs de discernement.

OBSERVATION V

(1914)

R..., quarante ans. Depuis neuf ans vit maritalement. Pas d'enfants. Interné le 27 mars 1914.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par la femme. — Père mort à quatre-vingts ans. Mère morte à soixante-dix-huit ans, en démence sénile. Un frère mort à vingt et un ans d'une maladie de cœur. Il était très nerveux. Deux sœurs, de quarante-

cinq et cinquante ans, bien portantes, mais l'une nerveuse et l'autre apathique.

2. — Antécédents personnels

Né à terme ; on ne sait rien de sa première enfance. Jusqu'à sept ans il fut malade et méchant. Affection des yeux. Grande nervosité et insomnies. Bonne intelligence.

3. — Histoire de la syphilis

Contaminé vers dix-neuf ans. On ne peut savoir s'il y a eu des manifestations cutanées.

4. — Début de la paralysie générale

La période préparalytique commença en 1913, par des accès de pleurs et de chagrin. R... devint irritable et amnésique. Il s'égarait dans la rue. Deux fois dans l'espace de six mois, il est tombé avec perte de connaissance. Tremblement des mains. On lui trouva le foie malade.

5. — Étude du conjoint

La femme nous dit avoir eu un écoulement blennorragique. La réaction de Wassermann est positive. Ils n'ont pas voulu avoir d'enfants.

6. — Examen actuel

a) *Psychique.* — Pas de délire. Idées hypocondriaques ; pas de troubles de l'imagination, attention amoindrie, mais conservée. Mémoire affaiblie ; paramnésie ; amnésie antérograde. Pas de confusion mentale, pas de troubles perceptifs, affectivité conservée, humeur triste ; hypomimie. Pas de troubles idéatoires du langage, dyslalie.

Pas de troubles dans les actes. Ni mégalomanie ni euphorie.

b) *Somatique.* — Anisocorie, la pupille droite étant plus grande. Tremblements de la langue et des jambes.

Exagération des réflexes rotuliens. Réflexes abdominal et crémastérien abolis. Leucoplasie jugale. Foie débordant et douloureux. Bruits du cœur voilés ; clangor aortique au second temps ; dermographisme.

7. — Considérations cliniques

La paralysie demanda vingt ans pour se déclarer. Sur la période d'intervalle, on sait peu de choses. Il semble qu'il y ait eu des accidents muqueux. Hérédité similaire.

Nervosité constitutionnelle. Précocité intellectuelle.

La période initiale de la paralysie fut caractérisée par de l'amnésie, une dépression psychique, des ictus et tremblements.

Actuellement, absence de délire, diminution de la mémoire;

pas de confusion mentale et bonne orientation ; les principaux phénomènes physiques sont : tremblement de la langue et des jambes, leucoplasie, lésions du foie et du cœur.

Femme contaminée.

OBSERVATION VI

(1916)

M.... trente-six ans. Marié. Peintre en bâtiments depuis 1897. Interné le 1er août 1915.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par le malade lui-même, et confirmés. — Son père est mort à soixante ans, d'apoplexie.

Sa mère a soixante ans, elle est bien portante, elle a eu dix-neuf enfants, dont il reste quatre bien portants.

2. — Antécédents personnels

Né à terme. A quatre ans il a eu une méningite. Bonne scolarité. Triste, déprimé. Nous ne savons pas autre chose.

3. — Histoire de la syphilis

M... a été infecté à dix-huit ans. Il s'est soigné avec des pilules fournies par un pharmacien, il a eu une éruption

secondaire qui a passé en laissant des taches blanchâtres caractéristiques. Après cinq ans d'infection, il a eu de la dysenterie tenace qui dura quelque mois. Ensuite il a toujours souffert du ventre, avec des accès diarrhéiques qui se répétaient presque chaque année.

4. — Début de la paralysie générale

En 1909, le malade reçut un fort coup de pied de cheval à la tête. Il est resté au repos pour cela deux mois, et ensuite son caractère a changé ; il présentait des signes mentaux de dépression avec pleurs et grosse perte de la mémoire. Il se perdait dans la rue ; il devint très apathique, avec des poussées de colère, mais sans violences.

Pas de crises apoplectiformes.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

Sa femme a une apparence de bonne santé, quoique anémique et fatiguée. Sa réaction de Wassermann est positive. Elle a eu six grossesses. A la première : une fausse couche de six mois; à la deuxième : une fausse couche de sept mois ; à la troisième : une fausse couche de huit mois ; à la quatrième : fille née à terme, morte à quatre mois de méningite; à la cinquième : un garçon né à terme, mort à trois mois de méningite; à la sixième : une fille, née à terme, morte à trois mois athreptique.

Au moment de la dernière grossesse, le père était déjà paralytique avéré.

N.-B. — Ici nous voyons, semble-t-il, se vérifier cette règle que la descendance la plus rapprochée en date de la période paralytique paternelle est moins atteinte que celle qui est proche par sa venue de l'infection syphilitique.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Yeux : les pupilles réagissent paresseusement à la lumière ; la droite est plus dilatée que l'autre.

Tremblement fibrillaire de la langue ; tremblement aux membres supérieurs et inférieurs.

Marche lourde.

Réflexes tendineux forts. Réflexes cutanés diminués. Pas de Babinski ni de Dupré. Sensibilité normale ou un peu diminuée ; fonctions trophiques médiocres ; une petite eschare au coccyx ne guérit pas.

Cœur : bruits sourds. Lésion aortique. Pouls petit.

Foie petit. Abdomen sensible à la palpation, facilement ballonné. Diarrhée fréquente. Anorexie. Leucoplasie buccale.

b) *Psychique.* — M... fournit lui-même de très précis renseignements sur sa vie. Sa mémoire est bonne, surtout l'ancienne. Pas de paramnésie. Un peu d'amnésie relative aux souvenirs récents. A l'épreuve de dix objets cachés dans une boîte, il en rappelle huit aussitôt.

Pas de troubles de l'idéation. Pas de mégalomanie ni d'euphorie.

Déprimé, à cause de sa maladie qu'il voudrait soigner pour aller chez lui. Pas de troubles de l'imagination. L'attention est bien conservée.

Il n'a pas de confusion, quoique les facultés d'auto-conduction ne soient plus aussi promptes.

Conscience de sa situation. Bonne orientation dans le temps et l'espace.

Pas de troubles des perceptions.

Le tonus affectif est conservé, même exagéré. Activité générale faible et déprimée ; hypomimie. Pas de troubles idéatoires du langage écrit ; mots oubliés ; mais il écrit couramment, avec peu de tremblement, et le contenu des idées est en parfaite harmonie avec son instruction antérieure.

Apraxie par impuissance motrice, du fait des tremblements.

Pas d'actes délirants ni impulsifs.

7. — Considérations cliniques

La paralysie est venue après dix-sept ans.

La période d'intervalle a été caractérisée par des accidents secondaires. Leucoplasie buccale. Il ne semble pas y avoir d'hérédité nerveuse agissante.

Le caractère fondamental du malade est d'être déprimé. Méningite de l'enfance.

La paralysie débuta après un traumatisme cranien. Elle est caractérisée par la perte de mémoire, l'apathie, l'hypo-activité, la dépression psychique.

Femme contaminée.

Descendance gravement atteinte. Sur six grossesses, trois fausses couches, et trois enfants morts peu après leur naissance. Dans l'examen actuel nous remarquons que le malade est physiquement assez profondément atteint : lésions du cœur et du foie, troubles trophiques, tandis qu'au point de vue psychique il témoigne encore d'une remarquable conservation des facultés intellectuelles.

OBSERVATION VII

(1916)

B..., cinquante ans. Marié depuis 1889, à vingt-deux ans. Pas d'enfants. Mécanicien orthopédiste. Interné le 21 août 1916.

I. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par sa femme et par le malade lui-même. — Le père est mort à soixante-quatorze ans, après des troubles hépatiques. La mère, vivante, a soixante-douze ans ; de bon caractère et jamais malade. Pas de collatéraux, ni frères ni sœurs.

2. — Antécédents personnels

Né à terme, il marcha à onze mois, eut sa première dent à onze mois, dit ses premiers mots de très bonne heure.

Pas de maladie de l'enfance ; bonne santé ordinaire. A vingt-deux ans, il eut des fièvres aux colonies, très fortes, avec délire.

Précoce en tout ; très intelligent ; bonne scolarité.

Caractère gai, facile à s'emballer.

3. — Histoire de la syphilis

A dix-sept ans, chancre ; il s'est soigné ; il a eu une réinfection à trente-huit ans, et trois fois la blennorragie. Manifestations secondaires, taches rouges sur le thorax.

4. — Début de paralysie générale

En 1914, changement de caractère. B... subit un grave choc moral du fait de la guerre.

Il lit sans cesse des journaux, et ne voit que victoires des armées françaises. Sa pensée se fixe sur la guerre et s'y tient obstinément et avec monotonie. Il commence à ne plus sortir de chez lui, parce qu'il se sent faible et moins désireux de travailler.

Pas de perte de la mémoire à cette époque. Il se plaignait beaucoup d'avoir fait des torts à sa femme, de l'avoir quittée

deux fois pendant trois ans sans motif. (En effet, il l'a quittée deux fois, s'en allant tranquillement et revenant après trois ans, comme s'il l'avait quittée la veille.) Préoccupé de sa santé. En 1916, ces préoccupations augmentent, au point qu'il se sent « sans estomac, sans poumon, sans foie ». Il s'allongeait sur son lit pour y attendre la mort. Il se réveillait à 3 heures du matin, anxieux. Il pleurait sur sa santé ; il se sentait faible, déprimé psychiquement.

5. — Étude du conjoint

Femme contaminée. Wassermann positif. Pas de grossesse à cause d'une malformation de l'utérus.

6. — État du malade

I. — A son entrée à l'asile, Bi... présente, outre l'habituel affaiblissement intellectuel, des idées hypocondriaques de négation et de transformation : « il n'a plus ni estomac ni intestin ; depuis huit jours, il est vidé, il est un cas unique. Tous ses organes ont disparu, une nuit, comme une fusée. »

On a noté : myosis, inégalité pupillaire, avec Argyll. Tremblement aux membres. Clangor aortique. Réflexes tendineux vifs.

Ce délire hypocondriaque, autoscopique, disparut après une dizaine de jours. Le malade devint tout à fait lucide et

resta tel une semaine environ ; puis euphorie expansive, comme il n'en avait jamais eue. « Il a trente-quatre milliards en banque, et son estomac est revenu ». Cet accès ne dura que quelques jours, le malade redevint lucide et faisant la critique de son delire et celui de son voisin, un autre paralytique, « qui se croit le roi Carlos et qui a acheté les cinq parties du monde ».

31 octobre. — *Examen.* — Le malade est très lucide, calme et déprimé. Il raisonne très bien ; il lit une lettre de son cousin avec beaucoup de plaisir ; il est renseigné sur la guerre ; il suit un feuilleton de journal ; il fait preuve d'une critique très fine sur les personnages du roman même. Il rit avec quelque pitié des sottises que profère son voisin mégalomaniaque, il se plaint des cris que pousse un autre paralytique en face de lui ; il reçoit très volontiers les visites de sa femme. Il désire rester encore à l'asile pour se soigner tout à fait. Il critique ses hallucinations cénesthésiques, auditives et visuelles ; il reconnaît que « c'est la maladie qui les occasionne ». De temps en temps, *quand il se sent plus malade*, ses poussées délirantes le reprennent. Alors il voit des dames, des cheminées ; il manifeste un délire de persécution, il voit des squelettes qui se promènent (dans son métier d'orthopédiste, il avait l'occasion d'en manipuler). Ces poussées durent une journée ou deux, après quoi il reprend son aspect habituel de lucidité. Toujours calme, déprimé.

II. — Examen actuel.

a) *Psychique*. — Il n'offre pas de troubles de l'idéation, ni de l'imagination, ni de la mémoire, ni de l'attention. On doit même reconnaître que ses facultés sont très bien conservées. Pas de confusion, pas de troubles des perceptions. Affectivité conservée. Ton habituel déprimé ; hypomimie. Pas d'apraxie, pas de troubles du langage ; un peu de dyslalie. Il écrit bien. Il fait bien les calculs.

b) *Somatique*. — Myosis. Anisocorie, la pupille gauche étant plus dilatée. Leucoplasie jugale. Pas de réaction à la lumière ni à l'accommodation. Réaction conjonctivale. Marche raide ; alitement habituel. Troubles trophiques ; petite eschare au coccyx. Agrypnie.

Réflexes tendineux normaux ; réflexes crémastérien et abdominal vifs. Pas d'extension des orteils.

Contractions vermiformes des muscles à la percussion.

Tachycardie. Clangor aortique ; rate appréciable.

Avant son internement, Bi.. , a une lymphangite du nez; et « de gros boutons sur les jambes ».

7. — Considérations cliniques

Ce cas nous offre plus d'intérêt encore que les autres. La période entre le chancre et la paralysie est de trente et un ans. Cette période fut marquée par des manifestations cutanées (roséole), des maux de tête, et une réinfection syphilitique.

Pas d'excitation nerveuse chez les parents. Le malade n'est pas nerveux.

Précocité intellectuelle.

Entrée dans la paralysie par de la dépression hypocondriaque très marquée.

La femme fut contaminée. La réaction de Wassermann est positive. Au physique, Bi... présente une lésion cardiaque, des fonctions trophiques mauvaises, une grande faiblesse aux jambes.

Nous rencontrons donc, comme nous en avons déjà décrit des cas, un malade moins touché au point de vue psychique que physique. Ce qu'il faut noter dans ce cas, ce sont les poussées de délire hypocondriaque, les hallucinations cénesthésiques et autoscopiques que le malade présenta. Mais l'apparition par poussées et la disparition rapide n'enlèvent rien au syndrome de notre deuxième forme à laquelle nous rattachons ce cas. Il était utile d'attirer l'attention sur ces poussées délirantes fugaces.

OBSERVATION VIII

(1916)

M..., trente-huit ans. Capitaine au long cours ; marié à vingt-quatre ans. Entré à Sainte-Anne le 8 juillet 1914.

1. — Antécédents héréditaires

Renseignements fournis par le malade. — Le père est mort à soixante-trois ans, après une longue maladie ; pas nerveux. La mère vivante, a soixante-seize ans ; bien portante, elle n'est pas nerveuse Les ancêtres du malade sont morts vieux ; ils n'étaient pas nerveux non plus. Il n'y a pas eu dans la famille de maladies héréditaires, surtout nerveuses. Un frère du malade mourut à deux ans de convulsions; une sœur à six ans, du croup.

2. — Antécédents personnels

Pas de maladies graves dans l'enfance. On ne sait rien sur son développement neurologique ; pas nerveux ; très intelligent; il eut à onze ans une bourse d'étude. A dix-huit ans, *vomito negro* à Madagascar ; il resta quinze jours sans connaissance. A trente-deux ans, il eut des fièvres, sur la côte d'Afrique, sans délire.

3. — Histoire de la syphilis

M... fut contaminé à dix-sept ans ; le chancre disparu vite. Un an après, il y avait des taches sur le corps.

En 1910 encore, taches sur le ventre, sur le thorax et dans le dos. Il fut traité à cette époque par des piqûres et des pilules.

4. — Début de la paralysie générale

Son caractère changea en 1914. Il devint querelleur, eut des altercations avec deux camarades, et, découragé de ce seul fait, il quitta la navigation. Perte de mémoire, tristesse. Après quelques mois, il reprit la navigation comme second, mais peu après il fut congédié. Il travaille alors à Paris. On l'a trouvé égaré dans la rue, et amené à Bicêtre. Ni mégalomanie, ni euphorie.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

Femme bien portante. Chez elle, la réaction de Wassermann est positive. Elle eut une grossesse après trois ans de mariage. L'enfant est né à terme, parla et marcha à deux ans, eut ses premières dents à un an. Érosion dentaire. Il était très faible. Il y eut une deuxième grossesse, avec fausse couche de trois mois attribuée à une chute qui fut d'ailleurs très légère.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Il y a six mois, M..., a eu un ictus avec perte de connaissance. Souvent il a des évanouissements légers, sans perte de connaissance totale, et suivis d'accès de pleurs.

Myosis, et réaction pupillaire lente à la lumière. Anisocorie, la pupille droite plus grande que la gauche.

Réflexes rotuliens et achilléens très faibles ;

Réflexes des membres supérieurs abolis.

Réflexes abdominaux et crémastérien très vifs.

Babinski bilatéral. Pas de Romberg.

La langue présente de gros mouvements fibrillaires.

Fort bégaiement ; accrocs aux mots d'épreuve.

Tremblements des membres assez accentués.

Marche lourde. Torpeur des mouvements.

Sensibilité générale conservée. Somnolence. Le malade, faible, se tient habituellement assis.

Foie très petit. Rien d'anormal du côté des autres organes.

b) *Psychique.* — M... répond très bien à toutes les questions du formulaire Gilbert Ballet pour l'examen du fond mental. Son attention se fixe aisément, il ne fait pas d'effort pour répondre, il est bien orienté et a conscience de sa situation. La mémoire est bonne dans ses quatre qualités connues ; pas d'illusions ni de fabulation. A l'épreuve de la boîte renfermant 10 objets, il en rappelle 9. Il lit intelligemment, comme un homme cultivé ; et sait ensuite raconter ce qu'il a lu.

Les sentiments moraux sont conservés. Bons souvenirs scolaires. Pas de mégalomanie ni d'euphorie. Il copie bien un texte. Écriture tremblante, sans faute. Il calcule bien. Il lit le journal avec intérêt. Affectivité conservée. Humeur triste. Préoccupé par toutes les choses qu'il doit faire, les dettes qu'il doit payer, tandis qu'il ne peut rien, étant ici.

Pas de délire, pas d'hallucinations ni autres phénomènes psychopathologiques notables.

7. — Considérations cliniques

M... apporte le cas d'une syphilis qui, entre le chancre et la période d'éclosion de la paralysie, s'est accompagnée de manifestations cutanées, en dépit d'un traitement suivi.

L'intervalle entre le chancre et la paralysie fut de dix-neuf ans.

Le malade n'a jamais été nerveux de caractère. La douceur est une note apparente dans sa famille. Pas d'hérédité nerveuse. Bonne intelligence. Femme contaminée, et enfant de même. Celui-ci a eu de la dysharmonie de développement neurologique et des signes d'hérédo-syphilis.

La paralysie générale débuta par de la perte de mémoire, de l'irritabilité, un désaccord entre une querelle banale avec ses amis et le renoncement à son métier, de la tristesse. Absence de mégalomanie et d'euphorie. L'examen actuel montre un ensemble de lésions somatiques : tremblements, dysarthrie, anisocorie, foie atrophique, asthénie, et psychiquement une très remarquable conservation des facultés mentales.

OBSERVATIQN IX

(1916)

(Cas personnel de l'auteur.)

G..., cinquante et un ans. Commerçant. Marié à vingt-cinq ans. Entré à la maison de santé en janvier 1916.

1. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à soixante-dix ans d'une maladie de cœur. Pleurésie à quarante-cinq ans. Caractère doux, plutôt mélancolique.

La mère, morte à soixante-huit ans à la suite d'une paralysie, souffrait du foie et toute sa vie « eut quelque chose ». Bon caractère. Chez les collatéraux, morts vers cinquante ans, les affections pulmonaires et cardiaques prédominaient. Tous de caractère calme.

2. — Antécédents personnels

G... est né à terme, eut sa première dent à un an, marcha à dix-huit mois, prononça ses premiers mots à treize mois. Il urina au lit jusqu'à huit ans. Coqueluche, scarlatine, rougeole. A vingt-huit ans, pleurésie sèche. Pas intelligent,

mais docile et de bonne volonté. Il fit ses études secondaires avec peine. A trente ans, sciatique très rebelle ; à trente-huit ans, « douleurs au foie » avec ictère qui passa en un mois. Des crises hépatiques survinrent à quarante ans avec des douleurs gastriques et de la dilatation d'estomac. Grave dyspepsie et amaigrissement.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre à vingt ans, soigné par un spécialiste, suivi de manifestations secondaires et tertiaires.

4. — Début de la paralysie générale

Les premiers symptômes apparurent, il y a quelques mois, par une perte totale de la mémoire. Depuis déjà plusieurs années, l'intelligence et l'activité physique du malade diminuaient ; récemment il s'égara une première fois dans la rue. Il oubliait de finir de s'habiller, il confondait ce qu'il avait à faire un jour avec ce qu'il devait faire le lendemain. Plusieurs fois dans un bureau des postes il oublia son nom. En même temps, très grande faiblesse avec perte de l'appétit, énervement, difficulté de parler due soit aux accrocs soit à l'asthénie mentale qui ne lui permettait pas de suivre un raisonnement. « Il semblait devenu un enfant. » Gros tremblement aux mains ; marche lourde et hésitante. Ictus dans la rue il y a deux mois, à la suite duquel il a

failli être écrasé par une auto ; perte de connaissance et de parole ; engourdissement, et plus tard paralysie du côté droit qui s'effaça lentement en laissant une monoplégie flasque de la jambe droite associée à une parésie légère du bras.

Après un mois environ il fit des crises d'épilepsie jacksonienne ; crises qui se sont répétées plusieurs fois par mois.

Confusion mentale ; désorientation. G... se plaint d'être malade, de ne pouvoir plus guérir ; il pleure facilement en parlant à sa femme et à ses enfants.

Il croit avoir l'estomac percé et devoir sa faiblesse à une fuite des aliments.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme, quarante-six ans, est de bonne constitution. Elle a fait, il y a seize ans, une éruption sur la peau qu'elle ne spécifie pas bien.

Réaction de Wassermann positive.

A sa première grossesse, fausse couche de cinq mois ; fœtus macéré.

Deuxième grossesse, fausse-couche de sept mois ; fœtus macéré.

Troisième grossesse, enfant né à sept mois, mort un mois après sa naissance, d'athrepsie.

Quatrième grossesse, enfant né à sept mois, qui marcha à quinze mois, parla à dix-sept mois, eut sa première dent

à six mois, urina au lit tard. Très faible, peu intelligent, de mauvais caractère et apathique. Il n'a pu faire aucune étude. Exanthèmes infantiles, effondrement nasal soigné avec succès par le mercure ; dents d'Hutchinson. Wassermann positif.

Cinquième grossesse à terme. Enfant faible, peu intelligent, de caractère triste, qui marcha à treize mois, parla à deux ans, eut sa première dent à dix mois. Coqueluche, scarlatine. Maintenant il a seize ans. Epilepsie vers l'âge de six ans, qui dure encore. Dents d'Hutchinson, nez cassé à sa racine. Wassermann positif.

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Hémiplégie flasque du côté droit. Les crises jacksoniennes du bras droit se sont répétées trois fois en deux mois d'internement. L'abolition du tonus musculaire est moins marquée dans la jambe que dans le bras. On a remarqué la flaccidité de la joue droite.

Anisocorie, la pupille droite plus grande, et déformation ; signe d'Argyll Robertson.

Diminution des réflexes cutanés et tendineux à droite ; de ce côté, signe de Babinski. A gauche, les réflexes tendineux sont vifs ; pas d'extension d'orteil.

Marche lourde ; le malade traîne sa jambe droite. Les mouvements du membre supérieur droit sont assez limités. Pas d'apraxie psychique.

Langue, légèrement déviée à gauche. Leucoplasie jugale évidente.

Gros tremblements de la jambe et de la main gauches. A droite, le tremblement existe seulement dans les mouvements volontaires.

Dysarthrie aux mots d'épreuve.

Au cœur : clangor aortique.

Foie : petit, non douloureux.

Estomac : dilatation et dyspepsie ; souvent dysenterie rebelle.

Céphalalgie épisodiquement paroxystique.

État général : amaigrissement et facies terreux.

Fonctions trophiques altérées : peau sèche, chute des dents, éruptions cutanées de boutons par poussées.

b) *Psychique.* — G... n'a pas de troubles de l'imagination ni de l'attention. On note encore de la dysmnésie et de l'amnésie antérograde.

Il persiste un léger degré de confusion mentale ; superpositions de souvenirs qui trompent parfois le jugement du malade.

Troubles de l'idéation, par persistance du délire hypocondriaque. Le malade est lucide, et cependant convaincu d'avoir son estomac troué et que les aliments passent sans être digérés ; il croit avoir des animaux qui lui rongent l'estomac, animaux très petits et accrochés aux parois, ne pouvant sortir de son corps.

Troubles de la vue et de l'ouïe. Il croit que les siens

l'appellent (il pleure en le disant), il les voit la nuit. Il explique qu'il ne peut dire comment cela se fait, mais il en est sûr.

Affectivité exagérée.

Ton psychique déprimé ; tristesse et pleurs.

Hypomimie. Pas d'actes délirants ni impulsifs.

Il lit ; il cherche à se distraire et demande une occupation pour se rendre utile.

Le matin, quand il se sent mieux, il s'occupe de ses affaires. Il voudrait sortir, mais il dit préférer un délai pour se bien soigner. Il se montre aimable et reconnaissant pour les soins qu'on lui donne. Pas de délire de grandeur, pas d'euphorie.

7. — Considérations cliniques

Comme on le voit clairement, nous sommes en présence d'une syphilis banale, « bien fleurie » d'accidents secondaires et tertiaires et de lésions organiques internes.

La période entre le chancre et la paralysie générale a été d'environ trente et un ans.

Le malade n'a pas d'hérédité nerveuse directe ou collatérale, mais une hérédité morbide. Pas nerveux lui-même ; pas intelligent ; développement neurologique en dysharmonie. G... entra dans la paralysie générale par des symptômes de confusion mentale, de l'amnésie, du délire hypocondriaque.

Ictus, hémiplégie ; crises gastriques et hépatiques ; lésion aortique.

Quelques mois après la période du début, les symptômes psychiques s'atténuent, tandis que les symptômes physiques persistent avec la même intensité. Contamination de la femme. Deux fausses couches, chétivité des enfants qui sont très en retard et ont des signes d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION X

(1916)

(Cas personnel de l'auteur.)

A..., quarante-trois ans, docteur ès lettres. Entré à la maison de santé en juillet 1915.

1. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à soixante-quinze ans d'artério-sclérose. Bonne santé habituelle ; bon caractère, renfermé.

La mère est bien portante, pas nerveuse, de caractère résolu. Collatéraux morts très vieux. Tous ont été bien portants. Pas de maladies nerveuses, ni alcoolisme, ni syphilis, ni tuberculose.

Le malade a huit frères et une sœur en très bonne santé

psychique et somatique. La sœur est mariée et a de beaux enfants.

2. — Antécédents personnels

Né à terme. Développement neurologique normal. Bonne intelligence. Coqueluche. Fièvres avec délire. Caractère très gai, avec des accès de colère généralement motivés; pas nerveux. Jamais malade; complexion physique robuste. Il travailla beaucoup au cours de ses études dans lesquelles il réussissait bien. Son intelligence active, son besoin de mouvement, son ardeur pour la lutte, avaient lancé A... dans la carrière politique avec un remarquable succès.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre en 1911, à trente-neuf ans, soigné par une série d'injections mercurielles. Cela n'empêcha pas les manifestations secondaires: roséole et plaques muqueuses dans la bouche. En 1912, préoccupations hypochondriaques; mais l'activité intellectuelle est toujours bonne. L'été de cette même année le malade fut brusquement pris d'un étourdissement, sentant « comme un vertige intérieur ». Il ne tomba pas, mais à l'instant ne pouvait plus parler et ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Il ne pouvait plus lire. Cela dura environ une demi-heure pendant laquelle le malade effrayé pleurait. En 1913, céphalée, par crises paroxystiques, le prenant une ou deux fois par mois, la nuit.

4. — Début de la paralysie générale

Vers la fin de juillet 1915, l'affaiblissement intellectuel s'accentua. A..., fort déprimé, pleurait souvent sur sa santé ; il devenait incapable de quoi que ce soit. Accès de colère, avec rire et pleurer spasmodiques. Il s'égara dans la rue où quelquefois on ne pouvait l'empêcher d'aller ; il eut deux ictus, avec perte de connaissance.

Tremblement de la langue toujours un peu déviée à droite ; acrrocs aux mots d'épreuve. Appétit capricieux, boulimie et sitiophobie passagère ; crises diarrhéiques.

De plus en plus confus, déprimé, avec accès de colère violente et menaçante ; difficile à garder, il entra sans protestation dans une maison de santé.

5. — Examen a la fin de 1915

a) *Somatique.* — Signes évidents de l'hémiplégie.

Rigidité pupillaire.

Vision diminuée à gauche.

Réflexes tendineux et cutanés diminués à gauche, avec signe de Babinski. A droite, les réflexes tendineux sont vifs ; flexion du gros orteil.

La marche est lourde, le malade traîne la jambe gauche.

La langue est légèrement déviée à droite ; leucoplasie, jugale.

Gros tremblement de la jambe et de la main droites. A

gauche, tremblement dans les seuls mouvements volontaires.

Dysarthrie.

Gros foie, souvent douloureux. État de la nutrition assez amélioré.

La motilité est sensiblement plus compromise. A... se fatigue vite, et se tient presque toujours assis. Asthénie générale marquée.

b) *Psychique*. — Les symptômes de confusion mentale sont presque tout à fait disparus. Le malade est bien orienté ; il n'a pas de troubles des perceptions ni aucun délire. Il a repris une certaine activité mentale. Il lit ; il écrit avec du tremblement, il s'intéresse à la politique, avec beaucoup moins d'ardeur naturellement. Le malade est désireux de guérir, de reprendre ses occupations ; la conscience de sa situation est incomplète.

6. — Considérations cliniques

Nous sommes en présence d'une syphilis commune qui a donné lieu à tous les accidents que nous avons vus. Il faut remarquer la période assez brève qui s'écoula entre le chancre et le début de la paralysie générale, trois ans et demi.

Ici encore on voit cette syphilis banale faire place à une paralysie dans laquelle les phénomènes initiaux sont surtout à la charge de l'intelligence et accompagnés de graves

troubles physiques. Les troubles psychiques, dans une période ultérieure d'équilibre s'améliorent beaucoup, tandis que les phénomènes somatiques persistent.

Hors de cela, faiblesse et asthénie psychique. On lui conseilla le repos absolu. Vers la fin de l'année et au commencement de 1914, les céphalalgies sont plus fréquentes et plus intenses encore. Le malade a des douleurs atroces qui l'affolent parce qu'il les met au compte de sa maladie. Crises de désespoir et véritables accès d'hypochondrie au cours desquels il va se réfugier auprès d'un ami.

Sa vue baissa ; à un examen ophtalmoscopique, on a noté une altération du fond de l'œil. et le signe d'Argyll. Au commencement de 1915, les crises de désespoir, les céphalalgies, les malaises augmentèrent ; au mois de mars, en se levant, il eut un ictus, tomba et resta sans connaissance à terre où on le retrouva après un temps assez long.

Il ne pouvait plus faire un mouvement volontaire, sa bouche et sa langue étaient déviées du côté droit.

Pensée confuse et comme en un état crépusculaire. Très ému, il pleurait, il avait des superpositions de souvenirs dans lesquels il confondait personnes et choses. Paramnésie et amnésie antérograde très marquées.

Cet état mixte de lucidité et de confusion s'améliora progressivement en une vingtaine de jours.

Il est resté à la jambe une monoplégie flasque très légère : le malade marche bien, traînant un peu la jambe. La monoplégie brachiale est plus accentuée ; les mouvements

du bras et de l'avant-bras prennent bien la position horizontale, mais la main garde une position de contracture extrême.

OBSERVATION II

G..., trente-deux ans. Mécanicien. Entré à l'asile Sainte-Anne en 1916.

1. — Antécédents héréditaires

Père mort on ne sait de quoi. De bonne santé toute sa vie. Calme et doux de caractère.

Mère, soixante-cinq ans, vit encore. Bonne santé. Calme, douce et triste. Elle a eu treize grossesses, dont une seule fausse couche attribuée à une chute. Six garçons et six filles. Grossesses à terme. Elle en perdit six en bas âge : un de convulsions, un autre de méningite, deux de la « colérine ». Les survivants sont normaux et de bon caractère ; jamais malades. Mariés, ils ont des enfants bien portants, calmes et d'excellent caractère.

Toute la famille est très calme.

2. — Antécédents personnels

Né à terme, G... prononça ses premiers mots et marcha à un an, eut sa première dent à six mois. Propre de bonne heure : intelligent ; bonne scolarité. Aucune maladie.

3. — Histoire de la syphilis

Chancre en 1912, soigné. Roséole peu après, soigné convenablement.

4. — Début de la paralysie

Mobilisé au début de la guerre, le malade ressentit un fort traumatisme psychique ; à la fin d'août 1914 une insolation le fit rester huit jours à l'hôpital. Puis on remarqua une profonde déchéance intellectuelle ; il devint indifférent, apathique ; il était « comme étourdi », il parlait très lentement, péniblement, quoique sans accrocs. Marche pénible. Il resta presque une année aux tranchées. En septembre 1915, hémiplégie droite ; peu après ictus aphasique. Il resta trois jours sans parler ; triste et irritable. Il écrit des lettres avec du tremblement, de l'oubli des mots. Réformé n° 2. En août 1916, troubles jacksoniens. En septembre, perte de la mobilité de la jambe droite pendant quelque temps. Crises de vomissements. Il alla se présenter à la Salpêtrière, et sur conseils du médecin vint lui-même librement à Sainte-Anne où il reste « pour se faire soigner ».

5. — Étude du conjoint

La femme est de bonne santé, selon ses propres affirmations. Il n'y a jamais eu ni grossesse ni pratiques abortives. Réaction de Wassermann positive (6 décembre 1916).

6. — Examen actuel

a) *Somatique.* — Yeux : anisocorie ; la pupille droite est plus grande que la gauche. Signe d'Argyll Roberston.

Langue : gros mouvements fibrillaires.

Leucoplasie jugale.

Asymétrie faciale. Réflexes tendineux vifs, exagérés à droite. Pas de signe de Babinski.

Insensibilité du cubital.

Peu d'accrocs aux mots d'épreuves.

Marche lourde, tremblement des membres.

Léger clangor aortique.

b) *Psychique.* — Amnésie rétrograde. Le malade ne peut diriger une conversation spontanée même avec les siens. Il est bien orienté dans le temps et l'espace ; l'attention est médiocrement conservée ; il arrive à suivre un entretien, il parle avec quelques accrocs. Sentiments affectifs et moraux bien conservés. Il est content d'être allé à la guerre parce que « j'ai fait ma part », dit-il. Pas d'idées mégalomaniaques ni d'autres troubles de l'idéation ou de l'imagination. Il est plutôt apathique.

Conscient d'être malade, il reste volontiers à l'asile pour « se soigner et pouvoir ainsi guérir ».

Pas de troubles de perceptions, ni d'hallucinations, ni d'illusions.

Pas d'apraxie ; pas d'actes délirants, ni d'impulsions.

Sentiment de la personnalité conservé.

L'étude de G... nous montre les mêmes symptômes que ceux des autres cas de cette forme. C'est pour cela que nous la classons ici.

Il faut remarquer la brièveté du temps (quatre ans) qui s'écoule entre le chancre et la paralysie, comme nous l'avons déjà vu dans un autre cas, et le fait de la stérilité des conjoints.

De l'ensemble des symptômes il ressort que le malade est bien plus atteint du côté somatique que du côté psychique.

Cas mixtes

Comme nous l'avons dit, nous comprenons sous la dénomination de *cas mixtes* les quelques cas qui, ayant en eux des éléments mélangés de ce que nous avons appelé première et deuxième formes, constituent une catégorie à part, appelée tout naturellement mixte.

Ces cas ne sont qu'une exception, et comme tels confirment la règle de notre première et deuxième formes.

L'étiologie de ces cas mixtes sera expliquée après l'examen des observations qui vont suivre.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lenoble.)

B..., quarante-quatre ans. Entré à la maison de santé le 10 février 1916.

1. — Antécédents héréditaires

Père, soixante-treize ans, opéré d'une prostatite.

Mère, soixante-six ans, bien portante. Deux fausses couches, de trois et sept mois.

Deux frères, de trente et trente-huit ans, bien portants.

Une sœur de quarante-deux ans, bien portante. Son mari est mort d'ataxie ; elle a un fils syphilitique.

2. — Antécédents personnels

Pas de maladie signalée pour le bas âge.

Plus tard, rougeole et oreillons, arthropathies en 1904.

Né à terme, il marcha à un an.

Marié à vingt-neuf ans et divorcé.

La femme a trente-cinq ans. Wassermann négatif chez elle il y a deux ans, ainsi que ses enfants, nés à terme,

deux garçons et une fille, nés à terme et bien portants. Une fausse couche de six semaines.

3. — Début et histoire de la maladie

En 1895, à vingt-trois ans, le malade fit un chancre, soigné par un traitement local au nitrate et une série de 15 piqûres mercurielles. Le mal disparaît rapidement, mais dans la suite on constate une éruption de roséole secondaire frontale discrète, accompagnée de chute de cheveux, perte des sourcils. Le seul traitement qui fut institué après fut de l'iodure pris régulièrement pendant un an et demi environ. N'ayant plus aucun accident et jouissant d'une santé apparemment satisfaisante pendant six ans, le malade désira se marier et en demanda l'autorisation à son médecin. Celui-ci la lui accorda en 1901.

Les années suivantes ne laissent voir que des particularités de détail ; en 1904, un peu d'altération du caractère. B... s'irrite facilement, se montre indifférent ou même haineux ; quelques défaillances de mémoire dans ses habitudes journalières ; en 1905, troubles de la respiration accompagnés d'irritabilité de la gorge et d'accès de toux convulsive (spasme laryngé) ; alternatives d'impuissance, avec abolition des érections, d'excès sexuels ; de plus et jusqu'en 1910, aux membres supérieurs et inférieurs, arthralgies, douleurs névritiques d'estomac sans vomissements et d'in-

testin, avec selles impérieuses survenant sans cause notable, sans coliques.

En 1910, on constata une altération des réflexes rotuliens avec de la raideur dans la démarche. En 1912, apparition de crises vésicales très douloureuses, avec spasmes, rendant les mictions difficiles. L'examen du sang eut à ce moment un résultat positif.

On a noté l'apparition de troubles sensitifs accusés par le malade comme des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, peut-être simplement engourdissement ou fourmillements.

En 1914, disparition des crises vésicales, traitement régulier par piqûres; de même en 1915. A cette époque, troubles moteurs, surtout de l'équilibre avec disparition progressive des réflexes rotuliens et persistance des maux d'intestin et d'estomac.

En juillet 1915, mis en face d'une demande en divorce de sa femme, B... fait brusquement un ictus congestif, ou peut-être crise laryngée avec dyspnée, angoisse, cyanose, perte de la parole accompagnée de migraines et douleurs névritiques des membres; une saignée de 200 grammes est faite d'urgence; le malade revient à lui et retrouve quelques heures après l'usage de la parole.

Cependant, depuis cette crise, malgré les traitements piqûres qu'on lui faisait, on constate un déclin de l'activité mentale, de l'inaptitude aux efforts intellectuels, des troubles marqués de la mémoire avec accès de tris-

tesse et découragement ; en décembre 1915 les troubles moteurs s'accentuent, la marche est très défectueuse et le malade fait des chutes fréquentes. L'état empire graduellement. Le 7 février 1916 on signale des troubles de la parole, avec accrocs, modifications du ton, du débit, incorrections de langage, incohérences, etc. Sa famille dit qu'il pouvait parler mais n'exprimait pas sa pensée avec les mots voulus. En même temps ou comme conséquences : affaiblissement de l'intelligence avec diminution de l'attention, de la volonté, de la mémoire des faits récents, modification grave de l'humeur, du caractère ; colères fréquentes nées de la peine à se faire comprendre, etc. La situation devenant inquiétante pour l'entourage même du malade (actes violents vis-à-vis de sa femme et de sa mère, menaces de revolver, etc.), on conseilla l'internement.

4. — État actuel

Malade amaigri, poids 54 kgr. 800; taille 1 m. 74; système pileux très développé au thorax, à l'abdomen, au pubis, aux membres supérieurs et inférieurs ; raréfié au contraire au cuir chevelu avec cheveux rares à la partie médiane de la tête. Facies pâle, triste, traits peu expressifs ; ptosis de la paupière droite ; périmètre thoracique 88 centimètres ; pas de douleur à la pression à l'épigastre ou à l'abdomen ; pas d'œdème des membres inférieurs ; quelques nœvi pigmentaires au dos. Double hernie inguinale.

Système nerveux, — En plus des particularités signalées précédemment :

Troubles très marqués de l'équilibre, surtout à l'arrêt brusque. Signe de Romberg positif. Mouvements des membres supérieurs défectueux, les yeux fermés. Démarche désordonnée, avec raideur et projection des jambes et des pieds en dehors avec bras étendus en manière de balancier.

Conservation de la force musculaire aux membres supérieurs, perte de la notion de position des membres. Tremblement léger des extrémités digitales, avec instabilité.

Tremblement fibrillaire de la langue.

Troubles de la parole très marqués ; dysarthrie type ataxique avec arrêts, accrocs, répétitions, suppression de syllabes, secousses de la langue et des lèvres. Parfois, bredouillement presque inintelligible. Troubles très marqués de l'écriture, avec omission de syllabe, de mots, fautes d'orthographe, tremblement des traits, déviation des lignes, lettres mal formées, mots confus, hésitants, illisibles.

Troubles sensitifs, névralgies épigastriques, intestinales, parésie du sphincter anal

Retard des perceptions tactiles et douloureuses. Paresthésie. Diminution de la sensibilité au contact, à la douleur, à la température. Abolition des réflexes rotuliens ; signe Babinski peu apparent ; pas de réflexe crémastérien. Analgésie du cubital à la pression. Insensibilité tes-

ticulaire complète. Pas de trépidation épileptoïde. Troubles psychiques déjà décrits, avec affaiblissement intellectuel, amnésie générale et grossière sans étonnement chez le malade si on lui indique l'erreur. Son père aurait, dit-il, trente-trois ans, sa mère, trente-huit ans, sa sœur vingt et un au lieu de quarante-deux, etc. Diminution notable de l'attention, variations incessantes de l'humeur. État mélancolique avec tendance à l'hypocondrie, larmes faciles quand on lui parle de sa famille ou de sa maladie; il se remonte au contraire facilement par une parole d'encouragement.

Organes des sens. — Mydriase avec pupille gauche ovalaire. Disparition du réflexe lumineux et accommodateur. Ptosis de la paupière droite avec diminution de la fente palpébrale. L'examen du fond de l'œil n'a pas été fait. Diminution de la vision. Quelques bourdonnements d'oreilles.

Troubles trophiques. — Eruptions fessières. Atrophie musculaire.

Appareil digestif. — Par intervalles, exagération de l'appétit, avec amaigrissement.

Diarrhée par intermittence ou constipation. Douleurs vagues à l'estomac, rares vomissements.

Appareil respiratoire. — Irritation laryngée ; un peu de diminution du murmure vésiculaire aux bases.

Appareil circulatoire. — Pouls régulier, 80. Rien d'anormal au cœur.

Appareil urinaire. — Légère albuminurie.

Douleurs vésicales plus ou moins aiguës. Parfois pollakyurie. Mictions difficiles par moments.

Appareil cutané et sécrétoire. — Peau sèche et flasque. Parfois, sueurs profuses.

Sang : Wassermann positif (11 mars).

État actuel (fin mars 1916) rémission très nette et durable depuis l'entrée, avec amélioration pour la marche, devenue moins lourde, moins trébuchante ; parole plus facile, écriture presque normale, amélioration des troubles psychiques, retour de la mémoire, et de l'attention ; caractère plus gai, plus égal.

Le 23 mars 1916 il écrit une lettre bien conçue. Mort dans les premiers jours de juillet 1916.

Renseignements ultérieurs (procurés par sa famille).

Le malade, dans son enfance, n'a pas eu de retard de développement. Convulsions à dix-huit mois. Cauchemars fréquents et fièvres assez fortes dans les périodes d'indispositions.

Très remuant. Pas irritable. Scolarité moyenne influencée par la paresse.

Pas d'ictus après le chancre.

Trois enfants de douze, neuf, huit ans.

L'aîné très nerveux, inquiet.

Le second plutôt calme ; le troisième apathique, lymphatique. Pendant quatre mois après la naissance il a eu une faiblesse du cou il tenait mal sa tête. Sans médication l'état est devenu normal.

Les deux aînés ont parlé, marché, poussé les premières dents à des époques normales, le dernier en retard. Ils ont eu la rougeole, varicelle, vérole, coqueluche, grippe fréquente.

Les deux aînés ont des hernies ombilicales, le second fait souvent des bronchites.

Le dernier : intelligence moyenne.

B..., au début de sa maladie, était en pleine activité d'affaires. Il s'y dépensait beaucoup, avec ardeur et intelligence.

Il est devenu mélancolique en 1904 ; peu à peu la mémoire, l'intelligence, l'état physique se sont amoindris, mais d'une façon lente.

5. — Considérations cliniques

Ce cas, qui s'éloigne des autres, est fort instructif. Il n'appartient nettement ni à notre première forme ni à la deuxième.

En effet, par l'allure de la syphilis qui est celle d'une syphilis banale (roséole, alopécie) et par l'ensemble des phénomènes psychiques, il appartiendrait plutôt à notre deuxième forme, tandis que par l'état de santé du conjoint et des enfants (Wassermann négatif) et la durée de la période latente il appartiendrait à la première forme.

Notons d'abord qu'il ne fait exception qu'en confirmant la règle, car il démontre l'existence indépendante des deux

syndromes que nous avons isolés. En effet, il contient des éléments caractéristiques des deux formes.

Dans ce cas, il s'agit d'une forme intermédiaire, mixte, dont l'analyse du dossier clinique nous explique la genèse.

Nous sommes en présence d'une forme banale de syphilis, touchant rapidement tout le système nerveux chez un sujet prédisposé. Une hernie, des fièvres, des convulsions à dix-huit mois, qui sont bien des convulsions toxi-infectieuses, témoignent de la fragilité nerveuse du sujet, fragilité rendant la substance nerveuse plus apte à devenir la proie de micro-organismes ultérieurement envahissants.

Cette prédisposition de la substance nerveuse a eu, dans le cas actuel, une influence déterminante ; elle a attiré et fixé le spirochète. Ce cas et les semblables sont, croyons-nous, ceux où l'influence du terrain est vraiment essentielle.

Le dossier clinique du malade nous montre que le spirochète, dans la période d'invasion, a donné les manifestations somatiques habituelles (roséole, alopécie). Plus tard, ces manifestations qui ont toujours tendance à se reproduire s'épuisent au contraire ; et le tableau de l'infection spécifique change. La marche de l'infection devient silencieuse (quoique par intermittences se fassent entrevoir des symptômes internes de l'infection du début) ; et, fait remarquable, après quinze ans d'infection (en 1910) on voit les premières manifestations du tabes qui accompagne cette forme de paralysie générale.

Nous assistons donc à deux périodes bien différentes. Elles peuvent s'interpréter au moyen des données qui nous ont été fournies dans l'étude de notre première et de notre deuxième forme.

Ici nous assistons au premier acte de cette deuxième forme. Syphilis banale, fleurie, manifestations physiques caractéristiques (amnésie, asthénie, mélancolie, etc.), c'est comme un essai avant de passer dans la première forme et y demeurer.

Les conditions de faiblesse nerveuse originelle du sujet et le terrain favorable nous donnent la clef de cette marche anormale.

Le spirochète, envahissant l'organisme du malade, donne dans un premier temps les manifestations habituelles ; mais la nature du terrain prédisposé aux infections nerveuses favorise peu de temps ces manifestations.

Cela dénote un véritable blastotropisme positif chez le spirochète ; la substance nerveuse l'attire, le dévie et le fixe sur elle-même. C'est un fait biochimique qui n'est point dissemblable, dans sa marche, de la déviation du complément.

Ainsi fixé, le spirochète devient neurotrope (neurotréponème) et il accomplit alors son véritable cycle, en donnant les manifestations qui lui sont particulières, et que nous avons groupées dans notre première forme.

Ce qui nous explique le mieux que les choses se passent ainsi, c'est la contagion qui existe ou non selon que la

fécondation et la conception se produisent avant ou après la fixation du spirochète sur le système nerveux. Il est facile de comprendre que si cela arrive avant la fixation sur le système nerveux du bacille de Schaudinn, sa virulence peut s'exercer sur la femme du paralytique et sur sa descendance (contamination prouvée par la réaction de Wassermann positive).

Si au contraire les rapprochements sexuels se font après la fixation du spirochète sur le système nerveux et sa transformation en neurotréponème, il n'y aura, comme dans notre première forme, aucune manifestation contagieuse chez la femme et la descendance.

Dans le cas que nous venons d'examiner, ce second mode a lieu ; la réaction de Wassermann dans le sang de la femme et des enfants est négative.

Les relations sexuelles du malade eurent lieu après six ans d'infection syphilitique, après que celle-ci eut donné ses manifestations externes ; le spirochète, par l'influence déterminante du terrain, s'est fixé sur la substance nerveuse où il a changé son biochimisme.

Il continue donc son cycle comme nous l'avons vu dans notre première forme, c'est-à-dire sans influence morbide pour la femme et la descendance (Wassermann négatif).

Une autre démonstration de la fixation du spirochète vient de ce fait que quinze ans après le chancre chez notre malade se développa le tabes ; or, le tabes est une infection syphilitique médiate, une parasyphilis. Elle témoigne au

surplus le changement du tréponème banal en neurotréponème par l'action du terrain ; c'est ce que nous avons vu se passer dans ce cas (prédisposition nerveuse).

Pour tout résumer, disons : quand l'influence du terrain est essentielle, on peut observer deux temps d'évolution dans la paralysie générale : dans une première période, on a une syphilis banale, « fleurie » ; dans une seconde, sous l'influence du terrain, le spirochète dévie, se fixe sur la substance nerveuse et se change en neurotréponème. On assiste ainsi à une syphilis banale, qui se transforme en syphilis nerveuse avec ses manifestations propres, se surajoutant plus ou moins aux manifestations de la syphilis banale de la première période.

OBSERVATION II
(1916)

(Cas personnel de l'auteur.)

E..., quarante ans. Comptable ; marié à trente ans. Entre dans une maison de santé en août 1916. Nous n'avons pu, sur ce malade, avoir de renseignements plus détaillés ; mais ce que nous savons suffit à classer son cas ici.

1. — Antécédents héréditaires

Le père est mort à cinquante ans, de cancer au foie. Nerveux. Il buvait. Mère morte de tuberculose pulmonaire vers vingt-cinq ans. Bon caractère.

Deux oncles nerveux.

2. — Antécédents personnels

Né à terme. Ses fonctions neurologiques s'établirent assez précocement et avec de la dysharmonie.

Intelligent. Caractère réfléchi, plutôt sombre. A six ans, il fit une fièvre typhoïde avec délire. Il a eu plusieurs fois des convulsions. Nerveux. Fréquents maux de tête. Terreurs nocturnes, avec crises d'angoisse. Tout se calma à la puberté, mais le malade resta toujours fort impressionnable.

3. — Histoire de la syphilis

Infection à vingt-cinq ans ; impossible de préciser comment elle a évolué ; mais il y a eu, peu après le chancre, roséole très marquée au front. La femme dit qu'elle n'a jamais remarqué de taches sur le corps de son mari.

4. — Début de la paralysie générale

Il y a quatre ans, à la suite d'un surmenage cérébral, il a eu de l'anémie avec maux de tête très forts et asthénie. A cette date, un ictus avec perte de connaissance et paralysie du bras gauche demeuré flasque. Cela passa vite ; il était resté au lit trois mois. Piqûres d'énesol. E... était devenu plus nerveux et irritable. Pas d'idées de grandeur. Après ce temps, tous les vingt jours, crises d'engourdissement dans

le bras gauche ; il perdait ce qu'il tenait en main (jacksonien sensitif).

Il resta au repos six mois ; puis travailla durant sept mois, mais mollement. Il se trompait dans les additions et avait des pertes de mémoire. Un jour, pris de congestion cérébrale, il tomba à terre et dut être transporté chez lui. Il vomissait. Pas de délire. Conscience de son état. Deux fois il a eu cette congestion avec les mêmes phénomènes ; le lendemain il se portait bien. Six petites crises en trois mois. Elles duraient une demi-heure ; il ne vomissait pas. Après cela, il ne se sentait pas psychiquement fatigué. Il ne faisait pas d'actes extravagants, et ne déraisonnait pas.

En août 1916, E... a eu une attaque de paralysie ; tout le côté gauche est pris, raide, avec tremblement. Râles respiratoires ; état comateux. Durée : vingt-quatre heures. Après deux jours, crise d'angoisse ; il « craignait quelque chose », il était pâle, la parole lui manquait. Peu de jours après, nouvelle crise d'angoisse ; il voulait se jeter par la fenêtre.

5. — Étude du conjoint et de la descendance

La femme ne présente aucune manifestation syphilitique. Pas de fausse couche. Une grossesse à terme. L'enfant marcha à dix mois, eut sa première dent à six mois, prononça ses premiers mots à un an. Chétiveté. Bonne

intelligence. Caractère irritable ; nervosité. Maintenant il a neuf ans.

La réaction de Wassermann chez la mère et chez l'enfant est négative.

6. — Examen actuel (septembre 1916)

Le malade est alité, gravement atteint au point de vue physique. Fréquents ictus. Psychiquement, bonne conservation des facultés mentales, quoique l'auto-conduction soit fort troublée.

Il meurt le 30 septembre, deux ou trois jours après un ictus, dans l'asthénie et la cachexie.

Les premiers jours de septembre, il écrivait encore une lettre au médecin, calligraphiée avec soin, sans aucun tremblement, et conçue d'une façon parfaite.

7. — Considérations cliniques

Le cas que nous venons de citer est un autre *cas mixte ;* il ressemble par son allure au précédent. En effet, la syphilis y présente les deux périodes que nous avons notées. Dans la première, l'infection témoigne d'une syphilis banale ; mais après quelques années elle change sa nature par l'influence du terrain. Le malade a témoigné dès son enfance d'une grande fragilité nerveuse (délires, convulsions, maux de tête) qui influence le spirochète et le dévie en le fixant

sur la substance cérébrale. Et nous voyons l'infection syphilitique d'abord banale devenir nerveuse, et le malade se comporter comme un malade de la première forme, tandis que par les symptômes du début de la syphilis il appartient à la deuxième forme.

Les rapports sexuels et la fécondation advenus ici après la fixation du spirochète sur le système nerveux (cinq ans) montrent la qualité du malade à ce sujet et le neurotropisme de sa syphilis, car le Wassermann dans le sang de la femme et du fils est négatif, tout comme dans notre première forme.

Étude anatomo-pathologique

Il importe de voir, après l'étude clinique que nous avons exposée, si les différences remarquées entre les malades de notre première forme et ceux de la deuxième sont purement symptomatiques de l'allure spéciale de la syphilis, ou si elles ont encore un fondement anatomo-pathologique prouvé par des lésions viscérales caractéristiques et spéciales.

Dans ce but nous avons fait suivre notre étude clinique de recherches d'anatomo-pathologie dont il nous reste à exposer les données principales.

Dès avant les recherches qui ont été l'objet immédiat de ce travail, nous avions été frappé du fait suivant : aux autopsies de paralytiques généraux, les lésions viscérales macroscopiques habituelles ne se présentaient pas toujours d'une façon constante dans chaque cadavre. Quelquefois elles manquaient ou étaient très atténuées. Nous voulons parler surtout des lésions aortiques et artérielles, avec leurs caractéristiques syphilitiques, des altérations du myocarde (du cerveau, du foie, des reins, etc.) ; altérations spécifiques minutieusement étudiées par un grand nombre d'auteurs et qu'il est inutile de décrire ici.

Mais ce fait nous paraissait dépourvu d'une explication

suffisante. Pourquoi en effet tel paralytique général avait-il tout l'ensemble des altérations viscérales macroscopiques décrites dans la maladie de Bayle, et tel autre ne l'avait-il pas, ou dans une mesure très petite ? Peut-on alléguer encore et surtout le terrain, et dire que tel paralytique accomplissait le cycle des lésions spécifiques, tel autre pas, parce que le premier avait un terrain prédisposé à ces lésions ou de quelque façon plus sensible au virus syphilitique. Sans vouloir enlever toute son action à l'influence incontestable du terrain, nous étions porté à en voir le rôle plutôt moins exclusif ; et nous cherchions l'explication, dans une autre cause plus intime et précise.

Au cours de nos recherches, en voyant si nettement les deux formes cliniques de paralysie générale que nous avons notées, liées chacune à la qualité et à l'allure de la syphilis qui lui avait donné naissance, nous nous sommes demandé si l'inconstance des lésions macroscopiques, remarquées aux autopsies, n'était pas en rapport avec les deux formes que l'étude clinique nous avait permis d'isoler et par conséquent avec la qualité de la syphilis elle-même. Guidé par ce but bien précis nous avons consulté à ce point de vue nouveau les notes de plusieurs autopsies de paralytiques généraux dont nous connaissions le dossier clinique, et, mieux encore; nous avons pu étudier les autopsies de quelques-uns de nos malades, dont nous avions suivi minutieusement les manifestations cliniques de paralysie.

Nous avons vu que, dans les autopsies des malades

rangés par leur syndrome clinique dans notre première forme, les lésions viscérales macroscopiques étaient absentes ou minimes. Il n'y avait pas, en effet, de lésions de l'aorte, surtout dans sa partie ascendante. Ce gros vaisseau était souple et dépourvu des altérations caractéristiques de « aortitis productiva », selon le type décrit par Heller et aussi par Chiari, Moriani, et d'autres. Nous n'étions donc pas en présence d'aortes syphilitiques. Le cœur n'avait pas d'altération dans son myocarde, non myocardite sclé-reuse ni des gommes au ventricule gauche.

Les poumons et le foie ne présentaient pas non plus d'altérations spécifiques. Pas de dégénérescence graisseuse ni gommes hépatiques, ni d'altérations de volume (hypertrophie) ou de couleur ; non le foie ficelé. Aux reins, on ne remarquait pas de néphrite spécifique (hypertrophie, atrophie scléreuse, gros rein blanc). Le cerveau ne témoignait pas d'une affection syphilitique ; pas de gommes dans les circonvolutions, ni à la base, ni aux méninges. Pas de lésions du crâne. En parcourant du doigt les grosses et moyennes artères, surtout les basilaires, on remarquait qu'elles étaient souples, sans nodosités ni rétrécissements, et de couleur normale. On voyait clairement que tous ces organes n'étaient pas syphilitiques, et que la cause de la mort ne devait pas être cherchée directement en eux, par cause directe de la syphilis. Nous n'étions peut-être pas en présence de viscères histologiquement normaux, car indirectement ils pouvaient traduire eux aussi l'état de souf-

france de l'organisme et de son altération trophique ; ou, comme le voudrait Klippel, avoir des altérations qui seraient dues à une lésion du sympathique avec congestion capillaire ou hémorragies miliaires ne dépendant pas directement de la syphilis. Mais ce qui pour nous était très intéressant, c'est que *les lésions syphilitiques caractéristiques* manquaient ; et, fait remarquable, le bon état des artères était évident.

Tout différents sont les résultats d'autopsie chez les paralytiques que, par leurs symptômes cliniques, nous avons rangés dans notre deuxième forme.

Le fait le plus apparent était l'altération aortique. Ce gros vaisseau présentait dans sa tunique des lésions classiques de la syphilis ; petites dépressions à la face interne de l'aorte, points d'épaississements, placards, parties saillantes. Ces lésions étaient évidentes sur la portion connexe de la crosse et à la partie thoracique du vase. L'examen minutieux des artères accessibles montrait. de plus, de nombreux traits athéromateux nettement sensibles au toucher, surtout évidents dans le polygone de Willis.

Le foie était très hypertrophié et dur dans un cas ; dans l'autre, il présentait de la dégénérescence graisseuse et des gommes entre un anneau fibreux. Le cerveau manifestait des épaississements pie-mériens, une grande opacité, des ébranlements de la pulpe nerveuse, des exostoses qui, dans un cas, comprimaient fortement le cerveau ; une grosse gomme à la protubérance dans un cas, dans l'autre, au lobe frontal.

Nous réunissons ainsi simplement ces données parce qu'elles représentent des lésions bien connues dans la paralysie générale, et n'ont pas besoin d'une description minutieuse dans laquelle nous ne ferions que répéter ce que tous les traités relatent. Ce qui est fort intéressant pour nous et essentiel, c'est d'avoir constaté comment ces lésions banales apparaissent dans certains cas et dans d'autres manquent. Mais il ne fallait pas se contenter de l'examen macroscopique, et il fallait voir si les parties qui sont les plus sensibles à l'infection syphilitique, les artères, étaient normales non seulement à l'inspection et à la palpation, mais encore à l'examen histologique.

Nous avons fait dans ce but une étude histologique d'artères; et nous avons choisi un endroit bien sensible aux altérations spécifiques, le polygone de Willis sur lequel, pour les deux formes, nous avons fait plusieurs séries de coupes.

Tout cela n'avait pas pour but de faire une étude histopathologique de la paralysie générale ; car tel n'était pas notre sujet. Nous avons fait cette étude dans le seul intérêt particulier à notre travail et seulement pour ce qu'il nous était utile de chercher et de démontrer. En conséquence, les résultats histologiques que nous présentons ne sont pas nouveaux, et ne visaient pas à l'être. Ils témoignent de l'absence ou de la présence d'altérations banales; et nous verrons la grande signification que cela prend dans l'explication de nos résultats.

Résultat de l'examen histologique

Nous avons porté notre étude sur le polygone de Willis, suivant les méthodes histologiques usuelles : formol, orcéine et bleu polychrome. Les artères athéromateuses ont été décalcifiées dans le Bouin.

Pour comparer les résultats, nous avons fait l'examen d'une artère du polygone de Willis normale, provenant d'un homme jeune mort accidentellement. Les résultats de cet examen histologique sont les suivants : dans la première forme, l'artère du polygone de Willis qui était souple au toucher ne présentait à l'examen histologique aucune altération. On voit (pl. I, fig. 2) qu'elle est normalement constituée dans ses trois tuniques ; la membrane élastique interne n'a pas d'interruption, on ne voit pas d'épaississement des tuniques. Si on la compare à la coupe d'artère normale (pl. I, fig. 1) on ne remarque aucune difference. L'artère de cette première forme, qui était normale macroscopiquement, est normale aussi microscopiquement.

Différent est le résultat de l'artère du polygone de Willis qui appartient à un malade de la deuxième forme. A une coupe transversale (pl. II, fig. 2), on voit que la membrane, élastique interne est confuse avec la tunique moyenne et que celle-ci présente un fort épaississement, qui envahit presque toute la lumière de l'artère, en laissant seulement une petite partie non atteinte par le processus pathologique. Nous sommes donc en présence d'une mésoartérite. A une

coupe longitudinale (pl. II, fig. 1) de la même artère, on voit que le processus néoformatif s'étend en traits le long de la partie interne du vase sur un de ses côtés.

Ces résultats sont la démonstration de ce que l'inspection et la palpation du vaisseau nous avaient fourni : artère dure au toucher et à la section, avec des traits calcaires (artérite nodulaire).

Donc, pour résumer ces données, nous avons trouvé des différences bien nettes dans les vaisseaux des paralytiques de la première et de la deuxième formes, soit à l'examen macroscopique des organes, soit à l'examen histologique.

A l'examen macroscopique, nous avons remarqué l'absence de lésion spécifique dans la première forme ; et sa présence dans la deuxième forme, surtout à la charge des artères et spécialement des basilaires.

A l'examen histologique, nous avons remarqué que, dans la première forme, l'artère basilaire ne présente aucune trace d'altération syphilitique. Comme elle était souple au toucher et normale à la vue, elle l'est aussi histologiquement en ses tuniques

Dans la deuxième forme, au contraire, l'artère basilaire présente une altération de sa tunique moyenne, une mésoartérite et disparition de la lame élastique, altérations qui traduisent l'induration déjà remarquée au toucher.

Nous n'avons pu examiner d'autopsie de nos cas mixtes. Mais nous ne sommes pas loin de penser que dans ces cas les artères se présenteraient comme dans la première forme

étant donné le peu de temps du séjour du spirochète dans l'organisme avant d'être fixé sur le système nerveux, comme nous l'avons vu. Dans ce peu de temps, il est difficile qu'il puisse donner des lésions artérielles profondes comme quand il reste dans l'organisme vingt-cinq à trente ans. De toute façon nous espérons pouvoir apporter dans une étude ultérieure des données plus sûres que ces hypothèses.

Importance du biologisme du spirochète dans la paralysie générale

Nous pouvons maintenant, après ce qui a été présenté jusqu'ici, comprendre mieux le rôle que joue, selon sa nature, le spirochète dans la maladie de Bayle.

Nous avons vu une fois de plus, s'il en était besoin, comment, à l'origine de la paralysie générale progressive, il y a toujours une infection syphilitique cause essentielle et primitive de cette neuro-psychose. Mais une autre donnée également précieuse ressort de notre étude clinique, à savoir l'importance de la *qualité* particulière de la syphilis dans la production de la paralysie générale. Nous avons vu que le spirochète ne se trouve pas toujours dans le même état biologique à la source de chaque évolution paralytique. Dans certains cas, et ce sont les plus nom-

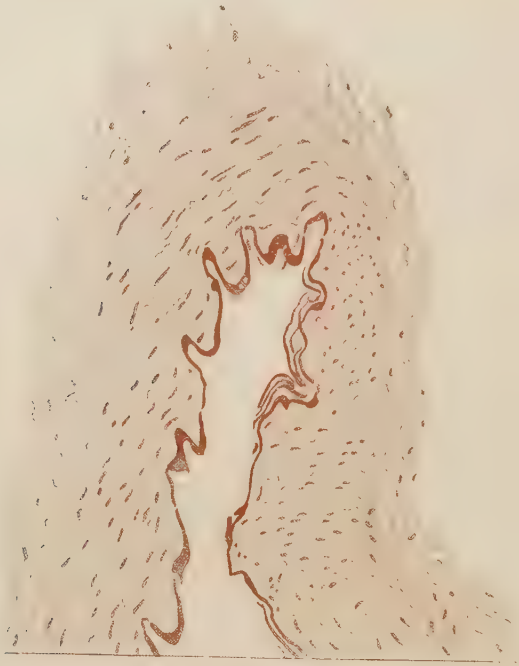

Fig. 1.

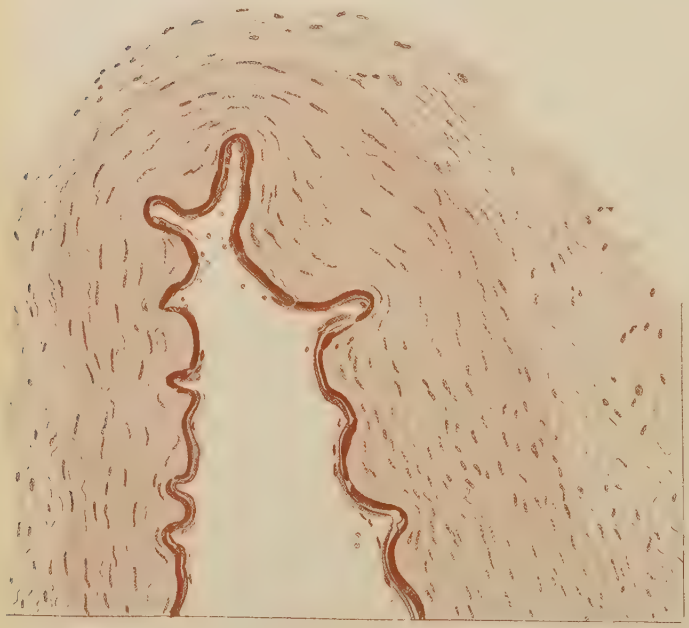

Fig. 2.

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

Pl. I, Fig 1. — Artère normale. Polygone de Willis.

Pl. I, Fig. 2. — Polygone de Willis. Artère d'un paralytique général de la première forme (normale).

Pl. II, Fig. 1. — Coupe longitudinale d'artère du polygone de Willis dans un malade de la deuxième forme (pathologique).

Pl. II, Fig. 2. — Même artère. Coupe transversale.

Fig. 1.

Fig. 2.

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

breux, sa nature paraît avoir pour propriété d'evoluer, après le chancre initial, d'une façon latente dans le système nerveux central où ce milieu spécial lui imprime des caractères particuliers. Dans d'autres cas, plus rares, on trouve au début de la paralysie une syphilis dont l'évolution est celle de toute syphilis banale, avec chancre suivi de manifestations externes, secondaires et tertiaires, caractéristiques.

Nous avons observé, dans la première partie de ce travail, comment, quand il s'agit de notre première forme, le spirochète en se fixant sur la substance nerveuse change son biologisme et devient neurotréponème, c'est-à-dire un agent infectieux issu sans doute du même noyau spirochétique, mais modifié, par les influences nutritives spécifiques du terrain nerveux, dans sa nature, sa qualité, et conséquemment son évolution spéciale.

Ce fait ne peut nous surprendre au point de vue biologique ; et s'il fallait encore lui trouver des explications, nous pourrions citer les belles et surprenantes recherches de M. le professeur Charles Richet sur l'adaptation des bactéries à un milieu toxique. M. Richet a démontré (1) comment les germes pathogènes, s'ils sont lentement adaptés à vivre dans un milieu antiseptique, après quelque temps reçoivent de ce milieu une qualité telle qu'ils peu-

1. Charles Richet, *De l'emploi alternatif des antiseptiques* (Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, t. 163, p. 589, 1916).

vent vivre, se développer et se reproduire, là où auparavant ils mouraient. De ces expériences il ressort, au point de vue de l'antisepsie, la nécessité d'alterner sur les plaies les liquides désinfectants, afin d'empêcher cette tendance générale des tissus à imprimer des caractères particuliers aux micro-organismes. Une confirmation de cette aptitude du système nerveux nous est fournie par nos cas mixtes, dans lesquels le spirochète banal nous est apparu comme pouvant donner en un premier temps des manifestations externes communes, mais apte, s'il avait un neurotropisme particulier, à se fixer sur le système nerveux, qui dans ces cas l'influence de telle sorte qu'il se comporte, dans son évolution nouvelle, en véritable neurotréponème.

C'est donc du biologisme du spirochète qu'on pouvait attendre l'explication, demeurée jusqu'ici obscure, de la symptomatologie variable de la paralysie générale.

Les auteurs ont adopté différents modes de classification de ces symptômes. Il nous semble légitime de nous fonder à notre tour sur le parallélisme évident entre la nature du spirochète, son évolution, et les associations symptomatiques imposées de ce fait à la paralysie générale qui en dépend. Nous avons vu en effet, que quand le spirochète est devenu neurotrope et a donné comme seul phénomène externe le chancre, il se fixe sur le cerveau où il accomplit son nouveau cycle, et donne des manifestations cliniques différentes de celles qu'il fournit lorsqu'il demeure le spirochète banal de notre deuxième forme. Quand il est neu-

rotrope, il devient un véritable poison psychique ; et l'ordre des symptômes classiques témoigne bien du lieu de leur provenance, le cortex. Ce sont : la phase d'excitation intellectuelle, l'irritabilité du caractère, les troubles de ces facultés qui constituent le jeu essentiellement délicat du psychisme, le délire de mégalomanie, l'euphorie persistante, la perte du pouvoir de contrôle sur l'idéation, autant de symptômes évidents d'une altération essentiellement psychique. Dans ce tableau on voit l'action d'un poison tout cérébral, qui ne touche, dans la période originale de la maladie, que le psychisme, travaillant à sa déchéance, tandis qu'il n'atteint que peu ou point, dans cette période, les autres organes ou systèmes. Ce poison fait penser en quelque façon à un excitant, comme l'alcool ou l'éther, dont la durée d'excitation toxique, avant la période de dépression, est pourtant plus courte. Hôte du cerveau, et surtout de l'écorce cérébrale, il y produit des lésions qui se manifestent par l'exaltation des facultés de cette partie même de l'encéphale, comme c'est une loi en pathologie, tandis que la vie végétative non touchée par le neurotréponème continue dans une intégrité presque absolue de ses fonctions.

Le tableau auquel on assiste dans les cas de notre deuxième forme, témoigne que nous sommes là en présence d'une syphilis bien différente. A l'origine de cette forme de paralysie, nous avons vu une syphilis banale, « bien fleurie », qui a son lieu d'élection dans les viscères.

Elle accomplit un cycle normal, avec manifestations externes, secondaires et tertiaires, et lésions internes viscérales. Or ici, le parallélisme entre l'allure de la syphilis et les manifestations cliniques est encore évident. L'infection aboutit à la paralysie ou presque subitement, deux à quatre ans après l'accident initial et en pleine période toxi-infectieuse, ou après vingt-cinq à trente ans, et parfois plus. Ce mode d'infection marque le caractère tout à fait différent de la paralysie dans ce cas ; et cela apparaît évident si l'on songe à la marche ou extrêmement rapide ou extrêmement lente de la syphilis. Comme le neurotréponème se fixe électivement, aussitôt ou peu de temps après son entrée dans l'organisme, sur le système nerveux, le spirochète dans son biologisme normal, choisit la voie des artères ; et tandis que le neurotréponème « ne fait qu'un tour dans le sang » pour s'arrêter au cortex, le spirochète banal envahit le réseau artériel, se fixe sur lui, et donne ces lésions anatomiques et ces symptômes cliniques qui témoignent nettement de ce lieu d'élection.

L'état normal des organes, l'intégrité des artères, dans notre première forme, démontrent bien, à l'autopsie, que le spirochète ne s'est point fixé là ; tandis que dans la deuxième forme, les altérations syphilitiques viscérales et artérielles témoignent de l'affinité élective du spirochète pour ces parties lésées. C'est là le fait capital : indemnité artérielle dans la première forme, lésions artérielles dans la deuxième. Cela s'accorde aussi avec les symptômes cli-

niques. Dans les cas de première forme, où les artères cérébrales ne sont pas lésées, on n'observe point d'ictus, point d'amnésie grave et persistante, ni d'hémiplégies ou monoplégies motrices ou sensitives à type jacksonien, etc. Dans la deuxième forme, où cette infection vasculaire est le processus essentiel, ces manifestations cliniques se rencontrent toujours en un cortège plus ou moins complet.

Tout micro-organisme possède comme un *génie biologique* spécial, et les deux formes du spirochète dans la paralysie générale montrent bien qu'elles en ont chacune un bien distinct, comme l'étude clinique, les données d'autopsie, et l'examen histologique nous l'ont confirmé.

Dans toute paralysie générale par conséquent, si on veut se faire une idée claire des symptômes cliniques, il faut étudier avec le plus grand soin l'allure, la nature, le génie propre de la syphilis qui donne naissance à cette paralysie. L'allure syphilitique dans cette maladie est le fil conducteur qui mène à l'interprétation exacte des manifestations cliniques demeurées jusqu'ici inexpliquées (1).

La nature de la syphilis, étudiée aux origines de toute paralysie générale, peut seule nous expliquer pourquoi le neurotréponème, poison neurotrope, lèse le cortex cérébral, siège des processus psychiques, et produit une excitation, qui est la réponse naturelle de ces parties troublées, tandis que le tréponème banal, qui ne lèse point l'écorce

1. Cf. phrase déjà citée dans l'*Introduction*.

mais les viscères et surtout les artères, produit des symptômes qui ne sont pas psychiques, mais somatiques et principalement d'ordre artériel.

Influence de l'hérédité sur le spirochète dans la paralysie générale

Un fait intéressant est mis en évidence par les observations que nous avons présentées : celui de l'influence sur le spirochète de l'hérédité nerveuse ou toxi-infectieuse que les malades portent en eux-mêmes.

Chez nos paralytiques généraux de la première forme, on remarque que les ascendants ont présenté des troubles de l'humeur et du caractère, avec toutes les variations possibles de la nervosité : irritabilité, colères sans motifs proportionnés, etc. Cet état d'hyperexcitabilité est transmis au futur paralytique général qui de bonne heure en manifeste les effets. Nous voyons dès sa première enfance un développement neurologique en dysharmonie, avec une précocité marquée de telle ou telle fonction, comme la marche, la poussée dentaire ou les premiers mots parlés. L'intelligence est habituellement vive et souvent très précocement éveillée.

Cette hérédité nerveuse, rencontrée avec beaucoup de constance chez les malades de notre première forme,

montre bien comment l'exaltation pathologique des cellules cérébrales, produit d'une irritation chronique qui peut-être a influencé les échanges intra-cellulaires, dénote un cerveau plus sensible et moins résistant que les autres organes, et qui a dû, comme tel, attirer à lui le tréponème et le fixer, en lui imprimant un biologisme particulier.

Chez les malades de la deuxième forme, nous ne trouvons pas dans leur ascendance et chez eux-mêmes cette hérédité nerveuse ; mais une autre y joue un rôle certain, c'est l'hérédité toxi-infectieuse. Les parents ont été d'ordinaire calmes de caractère, ainsi que les collatéraux en général ; mais on trouve chez eux de la tuberculose, du cancer, des maladies organiques. Chez le malade, héritier de ce terrain morbide, nous trouvons un développement neurologique en dysharmonie, par retard de telle ou telle grande fonction comme la marche ou les dents, une fragilité organique associée à une humeur tranquille et souvent même à un caractère apathique, l'intelligence en retard dans son éveil et non en avance comme dans le premier cas.

Chez ces malades, la fragilité du terrain n'est point nerveuse mais organique; et le spirochète trouve en cette fragilité organique un terrain propice à son développement. Ici la barrière infranchissable est le cerveau, qui est organiquement solide, tandis que les vaisseaux, le foie, la peau, les os, favorisent, par leur propre fragilité, un libre développement du spirochète en eux, qui donne ainsi toutes

les manifestations habituelles de la syphilis et conduit le sujet à la paralysie générale par usure de l'organisme, usure très rapide ou très lente, selon les complications méningo-artérielles. Dans la première forme, les phénomènes mentaux persistent dans leur ton et leur exaltation ; la démence est transitoire, cri passager de souffrance par altérations nutritives organiques que le traitement peut souvent encore améliorer en des rémissions temporaires.

C'est cette hérédité différente, que nous trouvons à l'origine de nos deux formes de paralysie générale, qui prépare les conditions d'influence et de transformation du spirochète, permettant de prévoir avec beaucoup de probabilité quelle direction prendra le bacille, s'il se fixera sur le système nerveux (hérédité nerveuse, première forme) ou sur les organes et les artères surtout (hérédité par toxi-infection, deuxième forme). Les conditions du terrain ont cette précise importance, sans devoir amoindrir la valeur de la nature du spirochète et le spirochète sans lequel aucune condition de terrain ne pourrait suffire à donner une paralysie générale.

Influence du spirochète sur les rapports sexuels chez le paralytique général et sur sa descendance.

Le biologisme de l'agent de la syphilis, que nous avons vu comment il pouvait être influencé par l'hérédité et par le terrain qu'elle détermine, de telle façon que son évolution en dépend, montre une différence selon qu'il est devenu neurotrope ou qu'il est demeuré l'agent banal de la syphilis.

Le neurotréponème semble s'épuiser, se stériliser dans la substance nerveuse, et y perdre son pouvoir de contagion.

Chez les malades de notre première forme en effet, le conjoint n'est pas contaminé; la femme ne présente aucun signe de syphilis, et la réaction de Wassermann est chez elle négative. La descendance de ces malades y apparaît indemne; les enfants ont aussi un Wassermann négatif, n'offrent aucun signe d'hérédo-syphilis, sont chétifs, mais en assez bonne santé. L'irritabilité nerveuse, qui est la marque de leur cellule cérébrale et comme son cachet, se manifeste chez eux comme chez les ancêtres ; ils sont intelligents, ils ont souvent de la dysharmonie dans l'établissement de leurs fonctions neurologiques, ils font des convulsions cloniques, des rêves, des terreurs nocturnes, de l'énurésie émotive; ils sont irritables, turbulents, etc.

Chez les malades de la deuxième forme, le spirochète est

resté l'agent banal de la syphilis, il ne s'est pas stérilisé dans un organe qui ait changé son biotropisme; et il passe, dans les rapports sexuels, chez la femme qui est contaminée, donne des signes extérieurs de syphilis, et chez qui se rencontre toujours une réaction de Wassermann positive. Cette infection passe au produit de la conception, et l'enfant présente le tableau complet de l'hérédo-syphilis ou certains stigmates au moins de syphilis héréditaire. Le Wassermann chez lui témoigne de l'infection transmise. Le caractère de cet enfant, en général, est calme, apathique, déprimé; l'intelligence n'est point vive ; le développement neurologique s'est fait en dysharmonie avec retard; la santé générale est toujours fort compromise.

Le spirochète montre ainsi son pouvoir différent de virulence et de contagion, témoignant de son biologisme spécial. La connaissance de ce fait a une portée évidente en ce qui touche la famille du paralytique général, sa femme et sa descendance, et il offre de précieuses indications pour les soins à donner aux enfants et à la femme du malade, dans l'une et dans l'autre forme de la paralysie générale.

Synthèse schématique

Pour mettre mieux en évidence, dans un résumé synoptique, toutes ces différences et influences diverses que

nous avons soulignées, nous essayons d'en établir plusieurs tableaux graphiques.

Dans le premier, nous résumons l'influence que l'hérédité paraît avoir sur le paralytique général.

Dans le deuxième, celle de la nature et de l'allure spéciale de la syphilis sur la maladie de Bayle.

Dans un troisième, l'influence de cette nature de la syphilis chez le conjoint et la descendance.

Schéma pour l'influence de l'hérédité chez le paralytique général

Hérédité nerveuse.
Précocité, irritabilité.
Pas de syphilis héréditaire.

Hérédité organique (toxi-infect.).
Retard intellectuel, dépression psychique.
Signes d'hérédo-syphilis.

Infection syphilitique

Syphilis nerveuse.

Début de la paralysie avec excitation psychosomatique.

Période d'état avec prédominance des signes psychiques.

Syphilis banale.

Début de la paralysie avec dépression psychosomatique.

Période d'état avec prédominance des signes physiques.

Gâtisme.
Démence.

SCHÉMA POUR L'INFLUENCE DE LA NATURE ET DE L'ALLURE DE LA SYPHILIS SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Infection syphilitique primitive.

Nature du terrain.
Orientation du spirochète.

Terrain nerveux.	Terrain toxi-infeçtieux.
Syphilis nerveuse.	Syphilis banale.
Période entre le chancre et la paralysie générale : 10, 15 ou 20 ans.	Période entre le chancre et la paralysie générale : 2 à 4 ans, ou 25 à 30 ans et plus.
Début de la paralysie : brusque avec excitation.	Début de la paralysie : lent avec dépression.
Psychoses.	Confusion mentale.
Intégrité physique.	Intégrité psychique.

Gâtisme.
Démence.

SCHÉMA POUR L'INFLUENCE DE LA NATURE ET DE L'ALLURE DE LA SYPHILIS SUR LE CONJOINT ET LA DESCENDANCE

Hérédité nerveuse.	Hérédité somatique (toxi-infect.).

Syphilis.

Syphilis nerveuse.	Syphilis banale.
Conjoint non contaminé.	Conjoint contaminé.
Pas de fausses couches.	Fausses couches fréquentes.
Wassermann négatif.	Mortinatalité.
	Wassermann positif.
Enfants chétifs, nerveux, intelligents ; sans signes d'hérédo-syphilis.	Enfants contaminés, peu intelligents ; caractère calme, etc.
Wassermann négatif.	Wassermann positif.

Définition

Étant donné que les deux formes de paralysie générale que nous avons isolées s'appuient sur une qualité d'ordre pathogénétique, nous devons essayer de leur donner un nom qui indique clairement leur mode d'origine et d'évolution.

Puisque la paralysie générale de la première forme a son lieu d'activité surtout dans les cellules du cortex ou pallium, nous l'appellerons *pallio-paralysie générale* (ou cyto-pallium-paralysie générale) tandis que la paralysie générale de la deuxième forme, dont les lésions se localisent principalement sur les artères, peut être appelée *artério-paralysie générale* (ou angio-paralysie générale).

La première est une paralysie générale dont le spirochète original s'est, par l'influence du milieu, changé en neurotréponème, évoluant surtout dans le manteau gris du cerveau, avec accompagnement de manifestations cliniques surtout d'ordre psychique, tandis que, les organes n'étant point spécialement lésés, la vie végétative du malade, avant la période de gâtisme, continue presque normalement.

L'artério-paralysie générale est une paralysie dans laquelle le spirochète a évolué banalement dans les viscères, sans être changé en neurotréponème ; les manifestations cliniques y sont surtout d'ordre artériel, par lésions artério-méningées ; et la dépression et confusion psychiques de la

période préparalytique et initial est plutôt un effet indirect du désordre de la circulation sanguine qu'un effet direct du virus comme dans la première forme.

La période d'évolution est, dans la première forme, de dix à quinze ou vingt ans environ ; dans la deuxième forme, trois à quatre ans ou vingt-cinq à trente et plus.

Notes sur les classifications dans la paralysie générale progressive

Comme dans toutes les maladies où les symptômes sont nombreux, des classifications assez diverses et variées ont été proposées dans l'étude de la paralysie générale. Ces classifications sont nées « ou de la symptomatologie psychique, ou de l'évolution de la maladie, ou encore de l'examen des symptômes atypiques liés à une localisation ou à une diffusion exceptionnelle du processus psychique » (Tanzi).

Toute classification vise à une compréhension synthétique de la maladie étudiée. Au terme de notre travail, nous nous croyons autorisés à envisager le vaste et polymorphe ensemble de la maladie de Bayle, en nous guidant sur nos observations cliniques et anatomo-pathologiques, pour en établir une synthèse rationnelle et expérimentale.

Nous avons vu comment la qualité et l'allure de la syphi-

lis rencontrée à l'origine de toute paralysie générale rendent possible une intelligence plus nette des différents syndromes cliniques par lesquels se manifeste la maladie de Bayle.

Nous avons pu noter également, grâce à un examen histopathologique, la raison intime qu'a l'organisme d'exprimer sa souffrance soit par des manifestations d'exaltation ou de dépression avec de la déchéance organique, soit par un état de bonne santé physique au contraire avec de la déchéance psychique. C'est la nature spéciale du spirochète, sa tendance biologique, favorisée par le terrain où il tombe (terrain prépare lui-même l'hérédité) qui le fait se fixer sur tel système organique plutôt que sur tel autre ; et l'organe ainsi lésé traduit sa souffrance spéciale à sa manière.

Nous en sommes venus ainsi à une interprétation pathogénétique des symptômes externes de la paralysie, meilleur moyen nous semble-t-il de comprendre les raisons des symptômes cliniques et des lésions histologiques, ce qui apporte, croyons-nous, un peu plus d'ordre et de lumière là où apparaissait pas mal de confusion.

Cette méthode nous a permis, en nous basant sur l'étude de l'allure de la syphilis, d'interpréter *le pourquoi* de l'orientation pathologique de la paralysie et de ses lésions spécifiques. Ainsi sommes-nous arrivés à ce qui représente toujours la manière la plus sûre : pouvoir « penser anatomiquement » dans l'interprétation des symptômes cliniques de la maladie de Bayle. Sur cette base anatomo-patholo-

gique nous avons cru pouvoir considérer à nouveau les différentes classifications qui furent faites de la paralysie générale, et les rapporter avec quelque avantage aux lois pathogénétiques qui la gouvernent.

Ces lois se réduisent à deux : ou le spirochète se change en neurotrope et donne des lésions corticales presque exclusives, avec une paralysie de type psychique ; ou bien il reste le spirochète banal, et donne des lésions viscérales à prédominance artérielle ; avec une paralysie de type somatique. Ces deux formes avaient été isolées depuis longtemps : mais cette classification était seule symptomatique et dénuée de toute explication de la genèse du mal. Nous avons pu les *isoler* en interprétant des données d'ordre pathogénétique. Ce que nous avons appelé, en nous inspirant de l'histo-pathologie et de la symptomatologie à la fois, *pallio-paralysie générale* et *artério-paralysie générale* nous semble bien être les deux formes fondamentales de la maladie de Bayle, celles qui peuvent le mieux, croyons-nous, grouper tous les éléments des classifications citées dans les traités de psychiâtrie.

La *pallio-paralysie générale* se rencontre, comme il apparaît par notre étude, chez des malades à type psychique délirant. Dans cette forme rentrent, il nous le semble du moins, les formes avec exaltation des facultés psychiques de la classification de *Bianchi*, et les formes qu'il range en dehors de ses quatre types principaux de paralysie générale, c'est-à-dire les paralysies qui débutent par de la lipé-

manie aiguë, du délire de persécution (comme dans la paranoïa) et de grandeur sans symptômes prémonitoires. Les formes délirantes de la classification de Régis, forme maniaque, expansive ou mégalomaniaque, à délire hypocondriaque, la forme circulaire ou maniaque dépressive, la forme systématisée, et la forme hallucinatoire ou sensorielle ; et, de la classification de Tanzi, la forme à délire ambitieux ou expansive, à délire hypocondriaque, et la forme circulaire.

L'artério-paralysie générale se trouve au contraire chez des malades à type dépressif, dont la paralysie débute lentement par une période de profonde confusion mentale, grave amnésie, dépression psychique persistante, comme dans quelques sens dans la période aiguë des formes toxi-infectieuses ; après quoi cette période fait place au cortège des symptômes somatiques. Dans ces cas le délire est une poussée, et la forme hypocondriaque qu'il affecte le plus souvent n'est pas systématisée.

Cette forme comprend les deuxième, troisième et quatrième formes de la classification de Bianchi, c'est-à-dire celle qui commence par une dépression psychique progressive sans idées délirantes, celle qui débute surtout par des symptômes somatiques légers (céphalée, névralgies, altérations du langage), et celle enfin qui est marquée à son début par un ictus apoplectiforme ou épileptiforme. La forme simple, ou démente, sans délire, de la classification de Régis, sa forme confusionnelle, et la forme apathique

ou démentielle (sans délire) de Tanzi. Ici aurait sa place également la forme congestive, avec attaques apoplectiformes et épileptiformes, déjà décrite autrefois.

Nous n'avons reproduit que quelques classifications, mais tous les symptômes qui composent l'ensemble des classifications peuvent trouver place dans l'une ou dans l'autre de nos deux formes, parce que tout symptôme se rattache à une cause pathogénétique. Il en va de même pour les classifications anatomo-pathologiques. Elles tiennent toutes aux lésions cytologiques variées et multiples du cortex, du pallium, ou aux lésions qui dépendent de l'altération méningo-artérielle et de la circulation encéphalique.

Pour résumer graphiquement ce que nous venons de dire, on pourrait établir ces données dans le tableau suivant :

Paralysie générale

Par le neurotréponème :	Par l'agent banal de la syphilis :
Pallio-paralysie, ou paralysie générale à symptômes psychiques, avec intégrité organique relative.	*Artério-paralysie*, ou paralysie générale à symptômes somatiques, avec relative intégrité psychique.
Toutes les formes avec délires des traités.	Toutes les formes sans délire des traités, et les syndromes par lésions en foyer.

La nature différente du spirochète, déterminant une paralysie générale de la première ou de la deuxième forme, indique que les conditions de son biochimisme ne sont pas toujours les mêmes.

De cette notion a, croyons-nous, tiré parti la thérapeutique de la paralysie générale. L'inconstance d'efficacité du traitement spécifique nous montre qu'il doit bien exister une raison pour laquelle un paralytique peut relativement bénéficier d'un traitement mercuriel intensif; tandis que tel autre n'est nullement influencé par un traitement arsenical ultra-moderne. Nous croyons que la nature de la syphilis, cause de la paralysie, peut expliquer ce caprice thérapeutique. Dans les cas où le traitement mercuriel peut agir et favoriser des rémissions, nous sommes en présence surtout de la paralysie artérielle (deuxième forme). Et cela s'explique aisément: c'est le spirochète banal qui accomplit son rôle en elle, et il peut être encore combattu par le mercure ou l'arsenic. Mais dans la forme qui a pour cause le neurotréponème, le spirochète banal n'est plus l'agent de la paralysie; c'est à la biologie qu'il faut demander le pourquoi dans ce cas de l'échec thérapeutique. Quand une infection demeure active et dure depuis longtemps, on admet, en pathologie générale, que cela se produit parce que manquent les réactions défensives (anticorps); mais c'est

une opinion toute moderne que le bacille s'habitue aux agents nuisibles. Les recherches que Centanni (1) a introduites en pathologie générale et que l'école de Ehrlich a reproduit, ont fait comprendre que le bacille d'une infection chronique s'habitue aux agents nuisibles, parce qu'il perd ses récepteurs (*stomiti*) spécifiques ou anticorps ; de telle façon que dans le courant de la maladie le bacille se modifie continuellement jusqu'à former des races différentes. Le bacille, transformé par la lutte continuelle, fabriquerait des poisons différents de ceux du bacille qui est plus proche de son origine. Ces idées du savant italien ne sont-elles pas traduites de façon éclatante par les belles expériences du professeur Charles Richet sur l'adaptation des micro-organismes dans les désinfectants ?

La clinique nous montre que chez les paralytiques généraux tout traitement échoue ; et il s'agit alors surtout de la pallio-paralysie, parce que le spirochète n'est plus le même. La théorie de Centanni explique d'une façon plausible le pourquoi de cet échec thérapeutique. Dans ce cas, le traitement doit être cherché ailleurs. Pourquoi ne le serait-il pas sur les poisons différents que le neurotréponème peut élaborer ? C'est là un problème que la biochimie seule, croyons-nous, pourra résoudre.

1. L'étude de l'enfance chez le malade et ensuite sa descendance, quand elle est faite selon la méthode exacte et minutieuse qu'André Collin recommande (*loc. cit.*),la rendant si féconde pour le pronostic de la vie entière de l'enfant, permet d'établir les influences spéciales que produit la *qualité* du spirochète.

Une autre voie serait celle fournie par la sérothérapie. Ce sera peut-être la plus féconde en résultats, car ce merveilleux instrument de défense cytologique que Charles Richet a découvert peut éveiller dans le champ des activités cellulaires les forces de réactions antispécifiques dont nous sommes encore entièrement dénués.

Ford Robertson, guidé par son point de vue, a essayé, avec son *bacillus paralyticans*, des expériences thérapeutiques qui, au moins, semblent témoigner qu'à la sérothérapie, dans la paralysie générale (et nous dirons surtout dans la forme à spirochète neurotrope) est réservé un avenir.

De toute façon la notion que la syphilis bénigne peut toujours donner la paralysie générale, doit faire surveiller le syphilitique (ponctions lombaires périodiques) et instaurer précocement, sur les résultats de la Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, un traitement spécifique intensif, comme, du reste, dans la deuxième forme de paralysie générale.

RÉSUMÉ

De ce que nous avons analytiquement exposé et examiné, nous pouvons résumer ainsi nos recherches.

Dans la paralysie générale progressive, la syphilis qui précède a deux formes d'évolution :

Ou bien elle a modifié son allure, parce que le spirochète a changé sa nature et son évolution du fait qu'il s'est fixé précocement sur le cerveau. Dans ce cas, après le chancre, la syphilis ne donne plus de manifestations externes ou internes, sauf sur le système nerveux central ;

Ou bien elle est et demeure l'infection commune, banale, avec ses manifestations externes et internes, et alors elle a l'allure de toute syphilis commune.

Dans le premier cas, pour mieux le distinguer, nous appellerons l'agent infectieux : neurotréponème.

Les deux conditions biologiques du tréponème constituent deux allures différentes de la syphilis et impriment chacune des caractères tout à fait spéciaux, bien nets, à la paralysie générale progressive qui en dépend.

Le spirochète banal donne lieu à une paralysie générale progressive à ces caractères; son explosion est généralement lente ou très précoce, dominée par des phénomènes de confusion mentale, de dépression psycho-somatique, altération de la motilité, troubles ou maladies intercurrentes des grands organes et réveil de troubles préexistants. Le malade selon cette forme entre dans la paralysie générale avec des signes de confusion mentale aiguë, état mélancolique et accablé, Argyll avant l'éclosion de la paralysie, ictus et asthénie. Ensuite, les symptômes psychiques diminuent beaucoup, tandis que les symptômes physiques demeurent et s'accentuent jusqu'à forcer parfois le malade à s'aliter avant sa période de gâtisme. En un mot conservation psychique sur déchéance organique.

Nous appellerons cette forme afin de la distinguer de l'autre *angio-paralysie générale*.

Le neurotréponeme détermine une paralysie générale progressive qui éclate généralement de façon soudaine, dominée par des phénomènes d'excitation psycho-somatique, délire de grandeur ou de jalousie, manie, hypomanie, avec, à ce moment, conservation des facultés psychiques et surtout absence de phénomènes somatiques. Le malade de cette forme entre dans la paralysie avec des signes d'état maniaque (délire de grandeur) de dynamisme fonctionnel, excité et illusionné par des forces passagères, ce qui donne le ton à toute l'activité psychique et somatique du malade. Dans une période suivante, les symptômes

psychiques peuvent temporairement diminuer, mais jamais disparaître tout à fait ; de façon à constituer un état de vraie psychose, avec troubles de l'idéation surtout, durant jusqu'à la mort ; du côté physique l'intégrité est la règle et rares sont les maladies intercurrentes.

En un mot, conservation physique sur déchéance psychique. Dans cette forme, on peut avoir association de tabes. Nous appellerons cette forme, pour la distinguer de l'autre et tâchant d'interpréter sa pathogénèse : *cito-pallium paralysie générale.*

La période entre le chancre et l'éclosion de la paralysie diffère dans l'une et l'autre forme.

Dans la paralysie générale à spirochète banal (deuxième forme), cette période est de deux, trois ou quatre ans, ou de trente et plus ;

Dans la paralysie générale à spirochète nerveux (première forme), la période est de neuf, dix, quinze ou vingt ans environ.

L'hérédité joue un rôle différent dans les deux formes : dans la deuxième forme, il n'y a pas généralement d'hérédité nerveuse, mais d'hérédité par toxi-infection : dans la première forme, il y a hérédité nerveuse très nette, simple ou double.

Le développement neurologique infantile du malade, son caractère, sa santé, son intelligence, offrent, en général, dans les deux formes des différences ; dans la deuxième forme on trouve chez le malade-enfant, un caractère plutôt

déprimé, une intelligence plutôt en retard par comparaison avec ce qui se passe dans l'autre forme, un développement neurologique souvent en retard ou dysharmonique, une santé physique qui paraît plus atteinte par les maladies de l'enfance.

Dans la première forme, on rencontre un caractère plutôt excité, nerveux, une intelligence vive souvent de la précocité ; un développement neurologique dysharmonique, une santé physique qui paraît plus robuste.

L'étude du *conjoint* nous offre aussi des différences. Dans la deuxième forme, la femme est contaminée ; dans son sang, la réaction de Wassermann est positive ; il y a des fausses couches.

Dans la première forme, il n'y a aucune contamination de la femme, et celle-ci n'a pas de fausses couches.

La *descendance* est bien différente dans l'une et dans l'autre forme. Dans la deuxième forme la descendance est fort compromise. On peut observer, en effet, des enfants hérédo-syphilitiques, ou ayant des stigmates d'hérédo-syphilis et, dans les cas moins graves, des sujets très chétifs et maladifs. La séro-réaction est positive.

Dans la première forme, au contraire, les enfants n'ont aucun signe d'hérédo-syphilis, ni de stigmates. Ils peuvent être chétifs, mais en général jouissent d'une santé bien meilleure. La séro-réaction est négative.

Au sujet du caractère, de l'intelligence, du développement neurologique des enfants, on note ces différences :

Dans la deuxième forme, l'enfant est plutôt calme, ou même déprimé, peu intelligent ou en retard ; le développement neurologique dénote du retard et de la dysharmonie par le retard,

Dans la première forme, l'enfant est nerveux, excité, le caractère est inégal ; bonne l'intelligence, précocité ; développement neurologique précoce ou dysharmonique par la précocité.

Des différences existent aussi entre les deux formes au sujet des lésions artérielles. Dans la deuxième forme on trouve, en outre des lésions viscérales spécifiques les artères cérébrales indurées, fait bien évident dans le polygone de Willis, soit au toucher, à la vue, ou à l'examen histologique ; ce qui témoigne d'une artérité due à l'infection syphilitique.

Dans la première forme, les artères au contraire sont souples au toucher, normales à l'examen histologique ; on ne note pas d'aortite ni d'autres lésions vasculaires ni viscérales spécifiques.

Les indications thérapeutiques varient avec la forme.

Dans la deuxième forme comme il s'agit d'une syphilis normale, il est bon d'instituer un traitement mercuriel intensif duquel on peut attendre quelque chose, comme de remarquables rémissions en témoignent.

Dans la première forme l'indication est tout autre. En présence d'une syphilis latente, il faut toujours penser à une syphilis nerveuse et faire de suite et périodiquement

des ponctions lombaires, intervenir immédiatement par un traitement énergique. Mais l'inefficacité de tout traitement et au contraire les aggravations des symptômes après les traitements spécifiques même les plus modernes donnent une preuve de plus qu'on est en présence d'un spirochète qui s'étant différencié de son noyau d'origine, n'a rien à craindre de la thérapeutique antisyphilitique normale même la plus énergique ; c'est donc seulement sur la sérothérapie qu'il faut fonder l'espoir de résultats vraiment curatifs.

CONCLUSIONS

De cette étude nous pouvons maintenant tirer les conclusions suivantes :

1° L'étude de la syphilis qui précède la paralysie générale montre qu'elle a deux allures différentes : ou la syphilis n'a pas de manifestations spécifiques ou elle s'en accompagne. Ces deux formes de syphilis donnent naissance à deux formes de paralysie générale différentes que l'étude de l'allure de la syphilis permet de prévoir ;

2° La forme de paralysie générale déterminée par une syphilis à allure latente (première forme) a ces caractères spéciaux :

Explosion après dix ou quinze ans, parfois vingt, de l'infection primitive.

Syphilis sans aucune manifestation spécifique.

Début de la paralysie par symptômes d'excitation psychique et somatique avant la démence. Santé physique bonne.

Conjoint non contaminé. Wassermann toujours négatif. Descendance chétive, mais non contaminée. Pas de signes

d'hérédo-syphilis. Wassermann toujours négatif. On peut retenir que dans cette forme nous sommes en présence d'un spirochète neurotrope (syphilis nerveuse) qui s'est fixé d'emblée sur le système nerveux, changeant par le milieu son biochimisme ;

3° La forme de paralysie générale déterminée par une syphilis à allure riche en manifestations spécifiques (deuxième forme) a ces caractères spéciaux :

Commencement après deux à quatre ans, ou vingt-cinq à trente, de l'infection primitive.

Syphilis avec cortège de manifestations spécifiques.

Début de la paralysie par symptômes démentiels, avec dépression psychique et somatique. Santé physique compromise.

Conjoint contaminé. Wassermann toujours positif.

Descendance portant des signes d'hérédo-syphilis, et contaminée. Wassermann positif. Dans cette forme on peut retenir que c'est l'agent banal de la syphilis qui, par des complications artério-méningées, aboutit à la paralysie générale ;

4° Il y a des cas mixtes peu nombreux, dans lesquels on trouve des éléments de l'une et de l'autre forme (manifestations syphilitiques et intégrité du conjoint et de la descendance) quand le terrain joue le plus grand rôle, fixant le tréponème sur le système nerveux après qu'il a déjà donné ses manifestations. Si le mariage et la conception arrivent après cette fixation, la contamination du con-

joint et des enfants manque comme dans la première forme ;

5° Par l'isolement *patogénétique* de ces deux formes on peut espérer de pouvoir instituer des applications thérapeutiques plus rationnelles et surtout spéciales à chaque forme ;

6° Pourcentage.

L'examen des malades, il nous permet de les diviser ainsi :

Première forme (cito-pallium paralysie G.) 74 o/o.

Deuxième forme (angio-paralysie G.) 22 o/o.

Cas mixtes 4 o/o.

Vu : Bon à imprimer :
Le président de la thèse
C. RICHET

Vu pour le Doyen de la Faculté de Médecine
l'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	9
Introduction	13
Importance de la conception de Bayle sur la paralysie générale	17
Période toxi-infectieuse	19
Période syphilitique	20
Période de l'allure syphilitique	23
État actuel de la question	28
Considération des objections	41
Le traumatisme	46
Biologisme du spirochète	48
Notre but	56
Plan de nos recherches	58
Étude clinique	63
Paralysies générales de la première forme	67
Observations	69
Résumé d'observations de notre dossier	140
Paralysies générales de la deuxième forme	143
Observations	155
Cas mixtes	209
Observations	212
Étude anatomo-pathologique	229
Résultat de l'examen histologique	234

Importance du biologisme du spirochète dans la paralysie générale 236
Influence de l'hérédité sur le spirochète dans la paralysie générale 242
Influence du spirochète sur les rapports sexuels chez le paralytique général et sur sa descendance 245
Synthèse schématique 246
Définition 249
Notes sur les classifications dans la paralysie générale progressive 250
Considérations thérapeutiques 255
Résumé 258
Conclusions 265

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3245-17